HİSTERİNİN ANA SEMPTOMLARI



PIERRE JANET

Çeviren
Burcu Tümkaya

PİNHAN

psikoloji

Pierre Janet



Histerinin Ana Semptomları

Pierre Janet (1859–1947): Filozof, sonra psikolog ve nihayet doktor. Fransız psikolojisinin ana kişiliklerinden biridir. William James ve Wilhelm Wundt ile birlikte psikolojinin kurucu babaları arasında sayılır. Sorbonne Üniversitesi ve Collège de France gibi Fransa'nın en prestijli kurumlarında yıllarca hocalık yaptı. Otuzun üzerinde eser verdi. Sigmund Freud, Gustav Jung ve Alfred Adler gibi 20. yüzyılda psikoloji alanında en etkin isimleri doğrudan etkilemiş ve onların zihinlerinin şekillenmesini belirlemiştir.
Burcu Tümkaya: 1990 doğumlu. Boğaziçi Üniversitesi Batı Dilleri ve Edebiyatları bölümünden Samuel Beckett üzerine yazdığı bitirme tezi ile mezun oldu. Çeşitli yayınevleri için çevirmenlik ve editörlük yapıyor.

PİNHAN YAYINCILIK
Litros Yolu, Fatih San. Sitesi No: 12/214-215
Topkapı/Zeytinburnu İstanbul
Tel: (0212) 259 27 60 Faks: (0212) 565 16 74
www.pinhanyayincilik.com
info@pinhanyayincilik.com
Sertifika No: 40676

Kaynak metin: *The major symptoms of hysteria: fifteen lectures given in the Medical School of Harvard University*, 1920, New York, The Macmillan Co.

Histerinin Ana Semptomları
Pierre Janet

Birinci Basım: Mart 2020

Genel Yayın Yönetmeni: Mahmut Sever
Çeviri Editörü: Adem Beyaz
Kapak Tasarımı: Mahmut Sever
Dizgi: Özlem Sümbül

Teknik Hazırlık, Baskı ve Cilt:
Yaylacık Matbaacılık San. Tic. Ltd. Şti.
Litros Yolu Fatih San. Sitesi No: 12/197-203
Topkapı-İstanbul Tel: (0212) 567 80 03
Sertifika No: 44865

Pinhan Yayıncılık: 214 Psikoloji Dizisi: 36

ISBN: 978-605-7768-13-1

Histerinin Ana Semptomları

Pierre Janet

Çeviren: Burcu Tümkaya



İçindekiler

Bu konferanslar Harvard Üniversitesi'nden
Profesör James Jackson Putnam'a
sevgilerimle ithaf edilmiştir.

Önsöz Niteliğinde Not

Boston'da, Harvard Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin yeni ve görkemli binalarının açılışı vesilesiyle, Rektör Eliot ve sinir sistemi hastalıkları profesörü Dr. J. J. Putnam, öğrencilere patolojik psikoloji dersleri vermemi istediler. Bu onuru memnuniyetle kabul ettim ve hastanın zihinsel durumunu incelemenin kimi zaman birçok bozukluğu izah etmede nasıl yararlı olabildiğini göstermek için ve görünürde uyuşmayan semptomlara bir bütünlük kazandırmak maksadıyla iyi bilinen bir hastalık olan histeriye dair bazı temel psikolojik araştırmaları Amerikalı öğrencilere özetlemeye çalıştım. Böylelikle, Harvard Tıp Fakültesi'nde 1906 yılında, Ekim ayının on beşi ile Kasım sonu arasında kitapta bulabileceğiniz on beş ders verildi. Bu derslerden bazıları Profesör J. M. Baldwin'in ricası üzerine John Hopkins Üniversitesi'nde ve Profesör Allen Starr'ın ricası ile New York Columbia Üniversitesi'nin tıp fakültesinde de verildi. Bu profesörlere ve onların çalışma arkadaşlarına davetleri ve yürekten karşılamaları için en içten teşekkürlerimi bu yayının yarattığı fırsattan faydalanarak sunarım. Son olarak, bu dersleri yabancı bir dilde hazırlamamda çok yararlı olan yardımları için arkadaşım M. Edouard Philippi'ye de teşekkür ediyorum.

İkinci Baskı İçin Önsöz

Histeriyi konu alan bu derslerin karşılaştığı içten karşılama bizi bu çalışmanın ikinci baskısını yayınlamaya teşvik etti. Bilimsel bir çalışmanın önemi hemen hemen her zaman ortaya çıktığı tarihle ilişkili olduğundan ve bir dönemin fikirlerini bir başka dönemınkilerle karıştırmamak gerektiğinden büyük değişiklikler yapmayı yararsız bulduk. Yalnızca kısa bir önsözle 1906 yılında verilen bu derslerde öne sürülen bazı fikirlerin o tarihten beri epey yayıldığını ve histerinin yorumlanmasında büyük rol oynadığını ifade etmek isterim. Bununla birlikte, önceki yorumlamalarımı geliştirmek için o zamandan itibaren yayınlanan yeni çalışmalarımda hangi yönde ilerlediğimi göstermeyi arzu ediyorum.

Histeri üzerine yaptığım ilk araştırmalara yön veren başlıca kavramlardan biri saplantılı fikirlerin bu hastalıkta taşıdığı önem oldu: ataklarda, somnambulizmlerde, hareket ve hassasiyet bozukluklarında karşılaşılan en göze çarpan belirtilerin çoğu aslında yalnızca bir dışavurum, hastanın kafasındaki bir kanının ifadesidir. 1892'de yayınlanan ve histeriyi konu alan ilk çalışmalarımdan birinde[1] bütün bu muhtelif rahatsızlıkları, felçleri, kasılmaları, disestezileri vb. "saplantılı fikirler" kısmında sınıflandırdım. "Histerinin Ana Semptomları" üzerine bu konferansların en büyük bölümünü oluşturan da bu yorumlamadır.

Bu anlayışın günümüzdeki en yaygın teorilerin başlangıç noktası olduğunu belirtmek önemlidir; ki bu teoriler, "pitiyatizm"[2] adı altında, öznenin düşüncelerini gerçek rahatsızlıklara dönüştürebildiğine inanılan oto-telkine yatkınlıkla tüm histerik hastalığı özetlerler. Bu teorilere göre histerik fenomenlerin tamamında görülen ve yalnızca onlara özgü olan özellik, bu fenomenlerin hastanın tam da kendi rahatsızlığı hakkındaki fikrinin bir sonucu olarak ortaya çıkmalarıdır: "Histeri hastası", Bernheim'ın söylemiş olduğu gibi, "hastalığını kafasında kurarken

---

[1] *L'état mental des hystériques*, 1892, II, s. 56; 2d ed., F. Alcan, 1911, s. 239.

[2] Sinirsel yahut ruhsal bir bozukluğu telkin ve ikna suretiyle sağaltma esasına dayanan tedavi yöntemi –çn.

onu gerçekleştirir." Bu görüş hakikaten ilgi çekicidir ve işlerin bu şekilde geliştiği bir başka organik ve hatta zihinsel hastalık dahi bulunmadığından bir doğruluk payı da vardır. Hiç kimse bir mani nöbetinde hastanın ajitasyonunu düşündüğü için ajite olduğunu ileri sürmez. Bu nedenle bu rahatsızlıkların telkin ile daima aynı olan ortaya çıkma mekanizması histeriye özgü bir şey olabilir ve pek tabii onu tanımlamaya yarayabilir.

İlk yazılarımda nevroz semptomlarının çoğu için uygulamayı önermiş olduğum histerinin pitiyatik açıklaması ile ters düşmeksizin, bu açıklamanın hâlâ geliştirilebilir olduğuna inanıyorum. Bugünkü histeri anlayışının özelliklerinden biri araştırıldığı ortama dayanır, yani Salpêtrière Kliniği'ne. Bu klinik psikiyatriden çok bir nöroloji kliniği idi ve esas olarak bedensel rahatsızlıklara, felçlere ve sinir sistemi hastalıklarına bağlı gelişen kontraktürlere adanmıştı. Histeri üzerine yapılan çalışmaların yönünü belirleyen şey de budur: Bu hastalıkta dikkate alınması tercih edilen şeyler, bunlar nevrozun esasını oluşturuyormuş gibi, felçler, kontraktürler ve temel duyarlılıklarda meydana gelen bozulmalardır. Fakat eğer artık histerinin her şeyden önce abartılı bir telkine açıklıktan oluşan zihinsel bir hastalık olduğunu kabul edersek; onu, bu abartının da dışa vurulduğu tamamen zihinsel olan rahatsızlıklarla; hafıza zayıflamaları, bedensel tezahürleri olmayan saplantılı fikirler ve hatta oto-telkinin eşit rol oynadığı hezeyanlarla daha fazla ilişkilendirmemiz gerekecektir. Geçmişteki histerik hezeyanlar artık neredeyse unutuldu; belki de onları geri getirmek ve pitiyatik hezeyanlar adını vermek daha iyi olacaktır; bazı oldukça kötü yorumlanmış zihinsel rahatsızlıkları daha iyi anlamamıza da olanak sağlayacaktır bu.

Yine de histerik nevroza bu yaklaşımın da kusursuz olmaktan çok uzak olduğu bir gerçek ve bu konferanslarda (s. 234) atfedilen bütün kısıtlamalar bana hâlâ önemini korumakta gibi görünüyor. Bu tartışmanın üzerinde durma fırsatını, yakın zamanda İngilizceye çevrileceğini umduğum *"Les névroses"* (Flammorion, 1909, s. 325) isimli kitabımda bulmuştum. Bir semptomun oto-telkinle açıklanabilmesi için, semptomun fikrinin semptom ortaya çıkmadan evvel hastanın zihnine hâkim olduğunun, bu fikrin kendiliğinden bir kanıya dönüştüğünün ve bu kanının da semptomun gelişmesinde rol oynadığının ispatlanması gerekir. Böyle bir ispatın her vakada yapılmadığı ve yapılamayacağı kolaylıkla görülebilir. Nevrozun temel psikolojik karakterleri olan

üst seviye faaliyetlerinin ortadan kalkması, zihnin tembelliği, dalgınlığa yatkınlık, bilincin daralması ve telkine açıklık, pitiyatik fenomenler olarak değerlendirilemez. Kuşkusuz en büyük pay telkine aittir, fakat unutulmamalıdır ki telkin, normal bir zihinde ciddi rahatsızlıklara yol açmaz; bazı zihinlerde anormalleşen gücünün neye dayandığının açıklanması gerekir, zira histerik hastalığı karakterize eden şey odur.

Önceki yazılarımda ve "Histerinin Ana Semptomları" üzerine bu derslerde önem verdiğim başka bir kavram daha mevcuttur: bilinç alanının daralması ve bilinçaltı psikolojik fenomenler. Bu derslerde, histerik anestezilerin, distraksiyonların, amnezilerin ve felçlerin ana karakterinin bir psikolojik fenomenin ortadan kalkması olmadığını, bu fenomenin bilinçte gerçekleşen dönüşümü olduğunu göstermeye çalıştım. Fenomen, kişisel bilincin bir parçası olmaktan çıkar ve artık yalnızca bilinçaltını yahut kimi zaman somnambulizmlerin veya medyumistik yazıların ikincil bilincini teşkil eden psikolojik fenomenlerin gruplandırılmasında yer alır.

Bu yeni kavramlar, ayrıca, histerik nevrozu dönüşüm, sembolizm ve "geri çekme" ile açıklayan teorilerde de dikkate değer bir gelişme kaydetmiştir. Bazı düşünceler, bazı hatıralar öznenin zihninde acı verici biçimde sergilenirler; çünkü ahlaki duygularıyla çelişirler ve duyarlıklarını incitirler. Zihninde bu düşüncelerin belirmesinden hoşlanmayan özne, onlardan kurtulmak için büyük çaba sarf eder; bu düşüncelerle her biçimde savaşır ve bilincinde belirdikleri zaman onları durdurur; gelişmelerine, eylemlerle ve net fikirlerle açığa çıkmalarına engel olur; onları görmezden gelmeye, unutmaya çalışır. "Geri çekme" fenomeninin organizmanın savunma sistemlerinin bir parçası olduğu söylenmiştir. Bu şekilde geri çekilen fikirler bilinçaltı fenomenler haline gelir ve neticede muhtelif patolojik rahatsızlıklara yol açar.

Son kitabım *Les médications psychologiques* (F. Alcan, 1919, Cilt II, s. 256-262) dahilinde, bu geri çekme teorileri üzerine çalışma ve bu teorilerin önemini ve bilinçaltı fenomenleri üzerine yapılan erken dönem çalışmalarıyla ilişkilerini gösterme fırsatı buldum. Bu çalışmada, dikkat çekici bir histerik sol hemipleji vakasını incelemiştim; sol tarafıyla ilintili trajik bir olay yaşamanın ardından hasta, bu tarafına yönelik ciddi bir korku duyar; burada bariz görünen geri çekme, hemiplejinin belirleyici nedeni olarak kabul edilebilir. Ayrıca, geri çekmeye benzer fenomenlerin bazı

dürtülerin, bazı takıntıların, özellikle de dehşet verici ve kutsala saygısızlık niteliği taşıyan takıntıların oluşumunda ilginç bir rol oynayabildiklerini de göstermeye çalıştım. Dolayısıyla bu yeni çalışmalar öncekileri aynı yönde sürdürür ve kimi zaman onları faydalı bir biçimde tamamlar gibi görünmektedir.

Bununla beraber, pitiyatizm teorileri yetersiz göründüğü için, "geri çekme" teorilerinin bu yüzden ve tam da bu sebeplerle histerik nevrozu tamamıyla açıklamaya muktedir olmadıklarını düşünüyorum. Bu şekilde yorumlanan durumlar çoğu zaman bir başka biçimde de anlaşılabilmektedir. Az önce sözünü ettiğim hemipleji vakasında, hastanın sol yanına yönelik duyduğu dehşetin yaşadığı felcin başlangıç noktası olmaktansa pekâlâ sonucu olarak görülebileceğini göstermiştim. Fakat en mühim sorun, az önce telkin olduğu gibi, burada da geri çekmenin kendisidir. Normal insanlarda, bazı düşüncelere ilişkin duyulan pişmanlık, hor görü ve o düşünceleri geri çekme bu tür patolojik bozukluklar ortaya çıkarmaktan çok uzaktır. Böyle bir sonuç verebilmesi için geri çekmenin bir hastalığın etkisiyle abartılmış ve dönüşmüş olması gerekir. Geri çekme, bu teorilerde sunulduğu haliyle, daha önce telkinin de olduğu gibi, hastalığın bir semptomu gibi görünür ve izah edilmesi gerekir.

Bu ilk yorumların ötesine geçmek, psiko-patoloji çalışmalarında yeni ilerlemeler kaydedebilmek için hemen başlangıç noktası olarak kabul edilen ve diğer tüm fenomenlerle, onları açıklamaksızın, ilişkilendirilen bu semptomları daha etraflıca analiz etmekte fayda var. Yanılmıyorsam şayet, bu telkin, bilinçaltı, geri çekme fenomenlerinin doğasını ve bunların abartılı gelişmesine sebep olan durumları daha iyi anlamak icap edecektir. Bu nedenle histeriyi konu alan bu dersleri tamamlama amacı taşıyan son yazılarımda, sözünü ettiğimiz tüm olguların temelini teşkil ettiğini düşündüğüm bir psikolojik fenomen olan itkiye dair yorumlama ve analiz işini yeniden ele aldım.

Buradaki mesele, bir eylemin düşüncesine eylemi gerçekleştirmeden önce sahip olabilen ve eylemin düşüncesini çeşitli şekillerde eylemin kendisine, yani uzuvların hareketine bağlayabilen insanlardaki istemli eylem sorunudur; kısaca söylemek gerekirse, ideo-motor faaliyet sorunudur. Bu faaliyetin iki formu olan istenç ve kanı, benzer zihinsel işleyişlerdir: İstençte, eylemin icrası doğrudan olur; düşünce kabul edilir edilmez, eylem derhal uzvun hareketleri ile gerçekleşir. Kanıda ise mesele yine bir eyle-

min icrasıdır fakat bu eylemin koşulları o anda mevcut olmadığı için, mesele ertelenmiş yahut koşullu bir eylemdir. Dışarıda yağmur yağdığına kani olmak, dışarı çıkıldığında şemsiye açmaya karar vermektir; fakat henüz odadayken şemsiyeyi açmak değildir. Her iki eylem biçiminde de esas olan, düşünce ile derhal gerçekleşen yahut ertelenmiş eylemin arasında kurulan bağlantıdır, bir onama işlemidir bu.

Normal şekilde gelişmiş ve sağlıklı bireylerde bu onama, refleksiyon mekanizması sayesinde kusursuz biçimde gerçekleştirilebilir. Çeşitli eylemlere dair düşünceler o zaman zihne tezahür eder; fakat burada durdurulurlar, gelişmeleri askıya alınır ve istençlere yahut kanılara hemen dönüşmezler. Birbirleri ile karşı karşıya getirilip, mukayese edilirler; bu mukayesede, yalnızca her birine az çok arzu eşlik eden farklı düşüncelerin o anki geçici kuvvetleri dikkate alınmaz. Refleksiyon, her düşüncenin temsil ettiği eğilimlerin hâlâ örtük olan gücünü de ortaya çıkarır. Ancak bu derin güçlerin değerlendirildiği uzun yahut kısa bir müzakerenin ardından bu düşüncelerden biri onanır ve gelişip istence ya da kanıya dönüşmesine izin verilir. Reflektif onama ile meydana getirilen bu istenç ve kanılar, tümü ortaya çıkarılmış ve tartılmış olan eğilimlerimizin hakiki gücünü temsil eder; bunlar kişiliğimiz ile tam olarak uyumludurlar ve en yüksek kişilik ve gerçeklik hisleri ile birlikte seyrederler.

Bu türden bir onama zordur ve üst düzey bir zihinsel faaliyet gerektirir. Başka koşullarda, benzer görünseler dahi, daha basit ve kolay olan onama süreçleri bunların yerini alabilir. Refleksiyon, düşünceleri durdurmak ve temsil ettikleri eğilimlerin gizli gücünü tahkik etmek için devreye girmez. Onama hemen gerçekleşir ve basitçe, her fikrin beraberinde getirdiği mevcut ve anlık güç tarafından tetiklenir, bu güce neden olan rastlantısal koşul ne olursa olsun. İşte o zaman kişinin arzu ettiği şey, bir anlığına onu hoşnut eden şey yahut dışarıdan bir etkiyle zihnine tezahür eden şey istence ve kanıya dönüşür. Mesele hâlâ istenç ve kanı ile alakalı olmakla birlikte, bu fenomenler doğrudan ve irreflektiftir. Bunlar da eylemler meydana getirirler, üstelik kimi zaman daha şiddetli ve dirençli eylemler, fakat reflektif kanılar gibi benliğin tümünü dahil etmez, gerçeklik hissi taşımazlar. Sıklıkla otomatizm, benlik yitimi ve gerçeksizliğin eşlik ettiği istenç ve kanılardır bunlar.

Bazı zihinlerin bu onay biçimlerinden birinde takıldığı göz-

lemlenebilir. Şahsi menfaati iyi anlamaya ve iyi hesaplamaya muktedir bencil zihinler neredeyse yalnızca reflektif biçimi kullanırlar; geçici arzularına direnemeyen ve kolaylıkla tesir altında kalan zayıf zihinler ise irreflektif biçimden pek nadiren saparlar. Fakat bir başka psikolojik durum özellikle ilginçtir: bu iki onama biçimi arasında koşullara göre gidip gelen zihinler. Bazı kişilerin gerçekte refleksiyon yetisi mevcuttur zira görüşlerine karşı çıkan muhalifler ile tartışmaya muktedirlerdir. Ancak tartışmayı uzun bir müddet sürdüremezler. Şayet karşı taraf bir süre ayak direrse, dirençleri kısa zamanda tükenir ve mücadeleyi bırakıp karşı görüşü benimserler. Aynı şekilde, bir tür içsel tartışma olan refleksiyona girişirler; sonra yorulur ve başladıkları müzakereyi sonuçlandırmaksızın şu veya bu arzunun peşine takılırlar. İtki, temelde bu refleksiyon yetersizliğinden meydana gelir gibi görünmektedir, ki burada refleksiyon, gelişiminin az çok ileri bir aşamasında durdurulur ve derhal bir onamaya dönüşür. Telkin, takıntı ve abartılı geri çekme, itkinin çeşitleridir. Bunlar, diğer fenomenler refleksiyonun hızla tükenmesine ve basit onayların derhal belirmesine neden olduğu zaman meydana gelir.

Burada bir kez daha tüm zihinsel bozukluklarda, ayrışmada ve bir yüksek faaliyet biçiminden daha alçak bir biçime geçen azalmada önemli bir rol oynayan temel fenomen ile karşı karşıyayız. Bu fenomen histeride olduğu gibi tüm diğer psikozlarda da görülmektedir ve histeri çalışması, psikolojik depresyonlara dair daha genel çalışmadan ayrı tutulmamalıdır. Önceki yazıların kusuru, yazarların histeriyi ziyadesiyle kendi başına ele almış olmalarıdır; zira psiko-patolojinin başlangıcında, psikolojik fenomenlerin incelenmesi bu hastalıkta özellikle kolay görünmekteydi. Bugün psiko-patoloji çalışmalarını genişletmeli, histeriyi zihinsel hastalıkların arasına yeniden koymalıyız ve özellikle de psikolojik depresyonlar tablosundaki yerine yerleştirmeliyiz, çünkü o tablonun yalnızca hususi bir vakasını sergiliyor.

Günümüzde pek zor olan bu çalışmayı yapmaya teşebbüs edersek, histeri hastalarının, kalıtım nedeniyle, ergenlik ile, çeşitli madde kullanımlarının ve çeşitli tükenişlerin sonucu olarak, yorgunlukların ve yorgunluklara benzer fenomenler olan duyguların etkisi altında, oldukça dayanıklı fakat çok derin olmayan bir depresyona girdiklerini, zihinsel atalet mertebesine düştüklerini söyleyebiliriz. Zihindeki bu dalgalanmalar üzerine Collège de France'ta verdiğim derslerde üzüntüyü depresyonun ilk ka-

demesi, ataleti de ikinci kademesi olarak takdim ettim. Bu atalet halinde, hastalar, yalnızca üçüncü kademe olan abuliyada[3] ortadan kaybolan refleksiyona hâlâ muktedirdirler; lakin kendi başına kuvvetsiz olan rasyonel yahut tecrübi düşüncelere bireylerin kendi gayretleriyle enerji kattıkları rasyonel veya "erjetik"[4] eylemlerden acizdirler. Zihinsel atalet kademesinde, özne tutkulu, bencil, tembel ve yalan söylemeye meyillidir, zira bunlar, depresyonun bu şeklinde psikolojik faaliyetin takındığı temel özelliklerdir; fakat henüz herhangi bir karakteristik rahatsızlık yoktur.

Daha büyük yorgunluklar yaratan çeşitli etkiler altında zaman zaman bu hastalarda daha derin depresyon dönemleri meydana gelir. Düşüş çoğunlukla bazı özel semptomlar ile açığa çıkar: konvülsif ataklar, ağlama krizleri, ajitasyonlar, bunalımlar dahi çoğu zaman boşalma ve rahatlama fenomenleridir. Özne bir kademe aşağı düştüğünde, abuliya kademesinde olur. Bu durumda, reflektif istenç ve kanıları oluşturan zihinsel sentezleri yitirmiştir; yalnızca o an için en kuvvetli olan eğilimleri otomatik istenç ve kanılara dönüştürür. Telkinler, saplantılı fikirler ve hezeyanlar işte bu noktada ortaya çıkmaktadır, ki bu da özne bir önceki kademe olan zihinsel atalete yeniden yükselene dek uzun yahut kısa müddetlerce hastalığı karmaşıklaştırır.

Az çok aşağı kademelere düşmelere neden olan ve hastayı kısa ya da uzun bir müddet düşmüş olduğu kademede tutan bu tür dalgalanmalar tüm zihin hastalıklarında gözlemlenmektedir. Muhtelif faaliyetlerin hiyerarşik tablosu bir gün oluşturulacak ve psikozlar, depresyonun bu hastalığın çeşitli aşamalarında düştüğü seviyeye göre belirlenecektir; başka bir deyişle, bu hastalık, hastalığın gelişiminde bir psikolojik depresyon eğrisi çizilerek ve bu eğrinin karakteristik olduğu gösterilerek belirlenecektir. Pek çok psikoz, kafa karışıklığı, toksik hezeyan ve demansta bu eğri çok alçalır; basit düşünsel faaliyetler yahut refleks faaliyetlerine dek düşer. Fakat zihinsel atalet ve ciddi bir abuliya arasında sık sık gidip gelen ortalama bir derinlik eğrisine histeri adını verebiliriz. Bu gidip gelmeler ve ortalama derinliğe çöküşler zihinsel sentezlerdeki yetersizliği ve psikolojik analizlerin bize önceleri histeriklerin görünürdeki fiziksel semptomları arasında göstermiş olduğu çeşitli itkileri açıklamaktadır.

---

[3] İstenç yitimi –çn.

[4] İng. "-ergetic", faaliyetin etkinliği anlamında kullanılan son ek –çn.

Kısaca özetlenmiş haliyle son çalışmalarımda bu derslerde sunmuş olduğum ilk gözlemlerime eklediğim araştırmalar bunlardır. Bu önsözde bunlara değinmemin sebebi ise okurların bu dersleri bir başlangıç noktası olarak görmelerini ve kendi çalışmaları vasıtasıyla bu eski öğretinin ötesine geçmelerini teşvik etmektir.

Pierre JANET
Paris, 10 Nisan 1920

I
Histeri Sorunu

Histeri üzerinde çalışmanın faydası ve önemi - Felsefi ve tıbbi bakış açıları - Bu hastalık üzerine yapılan çalışmaların evrimi - Nevrozun psikolojik açıdan incelenmesinin gereği - Psikolojik histeri

BEYLER: Rektör Eliot ve Harvard Üniversitesi profesörleri tıp okulunun yeni binalarının açılışını güzel bir düşünceyi eyleme geçirmek vasıtasıyla kutlamaya karar verdiler. Yabancı profesörler davet edip, onlardan başka ülkelerde verdikleri öğretimi sizlere de sunmalarını rica ettiler. Amerikan üniversitelerinde sıklıkla kullanılan bir öğretim metodudur bu; fakat ne yazık ki Fransa'da pek ender uygulanır. Gençlerin eğitimi, bilimin gelişmesi ve günümüzde bütün gerçek medeniyetlerin en büyük hedefi olan milletlerin birliği bakımından bu metodun fevkalade sonuçları olabilirdi. Ne yazık ki, bu güzel metodun uygulanması oldukça güçtür, çünkü her şey konuk profesör seçimine bağlıdır. Yapılan seçim üzerine kendimi tebrik ettiğimden şüpheniz olmasın; bu benim için büyük bir onur ve bana hem çok sevdiğim bir şehri tekrar görme şansı, hem de sahip olduğum bazı düşünceleri sizlere aktarmak için çabalama fırsatı verdi. Fakat sizleri tebrik etme cesaretim yok; çünkü korkarım ki öğretim metodunuz ve özellikle diliniz konusundaki cehaletim bu dersleri anlaması güç ve hatta dinlemesi eziyetli bir hale getirecek. Öncelikle, size özürlerimi sunuyorum ve ardından dilimin yanlışlarını ve tuhaflıklarını mümkün olduğunca görmezden gelmenizi, bu talihsizliği atlatabilmenizi diliyorum. Bunlar bir yana, şimdi elimizden geleni yapmaya koyulalım; siz, beni yeter derecede anlayabilmek ve bu derslerden Fransız öğrencilerin aldığı birtakım fikri alabilmek için; ben de İngilizceyi anlaşılıra yakın bir şekilde konuşabilmek ve Fransız üniversitelerinde sinirsel hastalıklar üzerine yapılan psikolojik çalışmalar hakkında mümkün olduğunca güzel bir izlenim bırakabilmek için.

I

Rektör Eliot ve Profesör James J. Putnam'ın onayıyla bu derslerin konusu olarak histeri denen zihinsel ve sinirsel hastalık üzerine yapılan çalışmaları seçtim. Bu seçimi yapmamda konunun beni davet eden profesörlerin isteklerine birçok açıdan cevap vereceğini düşünmem etkili oldu. Tıpkı yeni bir ülkeye ayak bastığımızda duyduğumuz oranın karakteristik lezzetlerinden tatma isteği gibi, yabancı bir profesör başka bir ülkede fikirlerini ifade etmek üzere davet edildiğinde, kendi memleketinin en karakteristik çalışmalarından sunması beklenir. Ben de Fransa'da sinirsel hastalıklar alanında son yirmi senedir yapılan en karakteristik çalışmanın patolojik psikolojinin gelişimi olduğunu düşündüm. Kuşkusuz, bu hastalıkların klinik ve anatomik incelemeleri de Fransız isimler tarafından temsil edildi; fakat bu incelemeler başka ülkelerde de aynı şekilde gelişti ve bu meselede bize imreneceğiniz bir taraf olmadığı kanaatindeyim. Psikoloji çalışmaları, özellikle psikolojik ölçümler, Almanya ve Amerika'da, Fransa'da olduğundan çok daha fazla gelişti ve bu konu üzerine burada, Profesör Münsterberg'in laboratuvarının yanında ders vermek çok yersiz olurdu. Ancak bana öyle geliyor ki Fransa'da, adını burada anmak istediğim iki hocam, Charcot ve Profesör Ribot'nun katkılarıyla, şimdiye kadar ayrı tutulan iki alan arasında ilginç bir bağlantı keşfedildi. Zihinsel patoloji alanından alınan harikulade doğal deneyimler psikoloji problemlerine ışık tutarken, öteki tarafta hastaların zihinsel sıkıntılarını anlamak ve kimi zaman tedavi etmek için deneysel psikoloji kavramlarından yararlanıldı. Umut vadeden bu yeni çalışmanın ne kadar ilgi çekici olduğunu size hissettirebilmekten mutluluk duyacağım.

Patolojik psikoloji çalışmaları arasından belirli bir sinirsel hastalığı, histeriyi ele almayı amaçlıyorum; zira günümüzde bu noktadan başlamanın, tarihsel ve bilimsel sebepleri de bulunduğundan, en doğrusu olacağı kanaatindeyim. Charcot'nun, Ribot'nun ve onların öğrencilerinin ilk çalışmalarına dönüp bakınız. Yirmi yıl önce araştırmaların yönünü belirleyen sayısız çalışmaya göz atınız. Mesnet, Pitres, Paul Richer, Charles Richet, Binet, Féré, Marie, Grasset, Gilles de la Tourette, Brissaud ve yabancı ülkelerden Delboeuf, Moebius, Breuer, Freud, Morton Prince vs. gibi isimleri hatırlayınız. Bu çalışmaların tek bir ortak

anlayışın ürünü olan konularına dikkat ediniz. Kuşkusuz, Profesör Ribot gibi, olabilecek bütün zihinsel hastalıklardan bahsetmişler ve hastalıkların tüm formlarında zihinsel rahatsızlıklar aramışlardır. Ara sıra birkaç satır zekâ geriliğine ya da deliliğe değindikleri doğrudur; fakat kitaplarını tekrar okursanız, mesele hangisi olursa olsun, "Maladies de la Mémoire", "Maladies de la Volonté", "Maladies de la Personnalité"[1], aslında daima gerçekte yalnızca histerik somnambulizmlerde karşılaşılan şeyler olan bölgesel amneziler ya da gidip gelen hafızalardan; sizlere histerik fenomenler olduklarını kanıtlamaya çalışacağım engellenemeyen telkinlerden ve hipnotik katalepsilerden; aslında histeriğin bilinç çözülmesinden başka bir şey olmayan, iki ardıl ve eş zamanlı kişiye bölünen kişiliğin bütünsel değişiminden söz etmişlerdir. Bütün bu eserlerin yanı sıra, patolojik psikoloji hipnotizma alanındaki birkaç yıl sürmüş olan kayda değer harekete de çok şey borçludur. Muhakkak Charcot, Bernheim, Forel ve başka birçoklarının çalışmaları bu yeni bilimin gelişiminde en büyük etkiye sahip olmuştur; fakat başka dönemlerin tartışmaları artık bir nebze dindiğine göre size kanıtlayabilmeyi umduğum gerçeği; aslında bu hipnotizmanın yalnızca histeri hastaları arasında belirgin bir dereceye kadar görüldüğü gerçeğini muhtemelen herkes fark edecektir. Hipnotize edilebilen herkesin histerik olarak adlandırılması gerekip gerekmediğine karar verme güçlüğünü burada gündeme getirmeyeceğim; lakin yapay olarak başlatılmış somnambulizmin en açık vakaları ve psikolojik özellikleri üzerine yapılan en iyi çalışmaların histerik bireyler üzerinde yapıldığı konusunda hemen hemen her iyi gözlemcinin benimle aynı fikirde olacağına inanıyorum. Bilhassa tuhaf fenomenlere dikkat çekmek isteyen ve uyandırdıkları merak sayesinde aynı araştırmaların gelişmesinde payı olan maceracı yazarları düşününüz; ruhsal kutuplaşma, aktarım, işaretli nokta telkinleri (*suggestions à points de repère),* bilinçdışı eylemler vs. üzerine yapılan çalışmaları hatırlayınız. Bu çalışmaların başlangıç noktası her zaman eşdeğerlikler ve anesteziler şeklinde histerik fenomenler olmuştur. Kısacası, patolojik psikolojinin son yirmi yılda büyüyen gelişimine bir alaka oluştuysa, kabul edilmelidir ki bu alakanın nesnesini özel bir hastalık oluşturmuştur: Histeri.

Kuşkusuz bu alana karşı bu ayrıcalıklı düşkünlük epey abar-

[1] Fr. "Hafıza Hastalıkları", "İstenç Hastalıkları", "Kişilik Hastalıkları" –çn.

tılıydı ve hocalarını taklit ederek bir süreliğine histeri üzerine çalışan bütün psikologlar Panurge'ün koyunları[2] gibiydiler. Patolojik psikolojinin diğer hastalar üzerinde araştırılamayacağını düşünmek biraz abartılıydı. Dr. Féré, histerikler için deneysel psikolojinin kurbağaları dediğinde yanılıyordu. Nasıl fizyoloji deneylerinde kurbağa muhakkak gerekli olan tek hayvan değilse, psikolojik araştırmalar yapmaya değecek tek hasta da histerik hasta değildir. Bugün histerik hastanın birçok güçlük teşkil ettiğine eminiz ve başka hastalıklar üzerine pek çok çalışma yapıldığını biliyoruz. Ancak, bu tür çalışmaların en başında bu seçimi haklı çıkaran bazı pratik nedenler olduğu da bir gerçek ve bu pratik nedenler sizler için de hâlâ geçerlidir. Histerik hastanın psikolojisi, güçlüklerle ve belirsizliklerle dolu olduğu halde hakikaten basittir. Bu bir ölçü meselesidir; yani demek istiyorum ki bugünlerde akli dengesini yitirmiş bir insanın nasıl hissettiğini anlamada ve bunu formüller ve yasalarla ifade etmede yetersiziz. Melankolik hezeyan yahut zulüm hezeyanında gözlemlenen farklı durumları genel yasalarla birbirilerine bağlamakta güçlük çekiyoruz. Buna karşılık, çok farklı görünseler dahi, histerinin çeşitli rahatsızlıklarını ortak karakterleri sayesinde kolaylıkla yan yana getirebiliyoruz. Formülü hususunda tereddüt ettiğimiz fakat varlığını sezdiğimiz bazı genel kuralları zar zor seçebiliyoruz. Neticede, günümüzde histeriye dair tartışmaların karakterini açıklayan mantık da budur. Epilepsi ya da melankoliye dair tüm fenomenleri kapsayan genel bir tanım yapma ya da bunu tartışma gayretinde olan hiç kimse yokken, bugün histerinin tüm patolojisini birkaç kelimede, tek bir tanımda açıklamaya çalışan çok sayıda yazar mevcuttur. Kısacası, size bu hastalığın psikolojik boyutu öteki zihinsel hastalıkların kavranışından artık daha basit görünüyor dediğimde haklıydım. Bu hastalığın psikolojisinin basit olduğunu söylememin nedeni buydu. Bu birincil nedene eklenen bazı pratik nedenler de var: Histerikler kolay idare edilebilen, kendi rızalarıyla konuşan, tehlikeli olmayan, korkmadan deney yapabileceğimiz ve son olarak, gözlemlenmekten hoşlanan ve incelenmeyi seve seve kabul eden hastalardır. İşte ilk çalışmaların bu tür hastalara vakfedilmesinin nedenleri bunlar-

---

[2] Panurge, Rabelais'nin *Gargantua* eserinden bir karakterdir. Eserde Panurge, koyunlarından birini denize atar ve ardından sürüdeki tüm koyunlar onu takip ederek denize atlamaya başlar –çn.

dır ve tarihsel sırayı takip ederek aynı zamanda pratik sırayı da takip etmiş oluyoruz, ki bu da bizi en basit ve en kolay hastalıkla başlamaya götürüyor.

II

Bununla birlikte, histeri üzerine çalışmayı seçmenin yalnızca tarihsel olanak ve elverişlilik gibi nedenlerle gerekçelendirildiğini düşünmeyiniz. Bu hastalar üzerine çalışmak, şansımıza nispeten kolay bir çalışma olsa da aynı zamanda hem felsefi hem bilimsel hem tıbbi hem de pratik bakımlardan çok da önemlidir. Günümüzde ruhsal ve felsefi problemlere dair bir fikir sahibi olmak isteyen iyi eğitimli her insanın bu müstesna zihin hastalığı ile alakalı bir şeyler bilmesi gerektiği kanaatindeyim; zira bu hastalık tüm dinlerin ve batıl inançların tarihinde kayda değer bir yer tutar ve hâlâ en cezbedici ruhsal sorunlarda mühim bir rol oynamaktadır. Çok iyi bir Fransız psikiyatrist olan Moreau de Tours dünyadaki en harika şeylerin kaçıklar tarafından başarıldığını söylerdi. Bu belki de biraz abartılı bir ifade, fakat yine de büyük öğretilerin şaşırtıcı olaylarla birlikte gelişen duygular aracılığıyla yayıldığı bir gerçektir, ki bu da her zaman histerik insanlar sayesinde olmuştur. Antik ya da modern zamanlarda bütün büyük dinlerin gelişmesinde her zaman doğaları insan doğasından farklı göründüğü için kitlelerde hayranlık uyandıran tuhaf insanların payı olmuştur. Bu insanların düşünme biçimleri diğerleriyle aynı değildi; olağandışı unutmalar ya da hatırlamalar yaşıyorlardı, başkalarının göremediği ve duyamadığı şeyler görüyor ve duyuyorlardı. Garip fikirler ile aydınlanmaktaydılar; insanlığın geri kalanından başka türlü düşünmekle kalmayıp aynı zamanda başka türlü hissettiler; en korkunç işkencelere kayıtsızlık ve hatta keyifle katlanmalarına olanak sağlayan inanılmaz hissizliklerinin yanında belirli duyularda olağanüstü duyarlılıklara sahiplerdi. Yalnızca hissetmek de değil, yaşama biçimleri de diğer insanlarınkinden farklıydı; uykusuz kalabiliyor yahut aylarca uyuyabiliyorlardı; yemeden ve içmeden, doğal ihtiyaçlarını karşılamadan yaşayabiliyorlardı. İnsanlarda dinsel hayranlık uyandıranlar da gerek peygamberler, Delfi'nin ya da Efes'in kahinleri, gerek Ortaçağ azizleri yahut esrikler ve aydınlanmışlar olsun, bu kişiler değil midir? Bu kişiler kâh hayranlığa layık bulunup kutsandılar, kâh cadı ya da şeytani varlıklar olarak görü-

lüp yakıldılar; fakat en nihayetinde her zaman hayret uyandırdılar ve dogmaların ve öğretilerin gelişiminde büyük rol oynadılar.

Sizin de bildiğiniz gibi bütün bunlar histerinin olağan semptomlarıdır ve bu bakımdan tarihte bu denli rol oynamış bir başka hastalık yoktur. Yanılmıyorsam bu hâlâ tam olarak böyle; yalnızca görünüşte değiştik. Daha az aziz kutsuyoruz ve daha az iblis yakıyoruz; fakat onları unutmadık, onlar bizim somnambulistlerimiz ve medyumlarımız oldular. Kaderimizin gizemlerine ışık tutmak istediğimizde ya da insan zihninin bilinmeyen yetilerine nüfuz etmek istediğimizde kime müracaat ediyoruz? Gözlem konusu olarak kimi seçiyoruz? Geleceği görmesi ya da ölülerle konuşması için sağlıklı, sıradan bir insana mı başvuruyoruz? Hayır; bu dünyanın işlerine karşı duyarsız ama belirli bir yöndeki duyarlılığı fazla gelişkin olan bir nöropatik hastaya gidiyoruz, yani tıp diliyle konuşursak, bir histeri hastasına.

Beni iyi anlayınız. Size bu çalışmaların bununla çarpıtıldığını söylemeye çalışmıyorum, ne de histeri teşhisi koyduğum Ortaçağ şahsiyetlerinin kutsallığını yadsıyorum. Histerik bir insan bir aziz olabilir; histerik bir insan muazzam bir algı açıklığına sahip olabilir; bu yadsınamaz. Ben yalnızca bu tür gerçekleri yargılamak zorunda kaldığınızda neler olacağı konusunda sizi uyarmak istiyorum. Muhteşem görünen ve alışık olduğumuz gözlem alanımızın dışında kalan olayları değerlendirmek durumunda olduğumuzda, hangi koşullarda gerçekleştiklerini iyi bilmek mühim bir husustur. Ele aldığımız konu dahilinde, bu koşullardan biri ve en ciddi olanı bu olguların gözlenebildiği insanların zihinsel durumudur. Dolayısıyla, bu kişilerin histerik olduklarını bilmeniz ve histeriklerin zihinlerini yöneten yasalara aşina olmanız gerekir. Belki de keşfetmenin olguya duyulan ilgiyi azaltmadığı durumlar da olabilir; fakat, inanın bana, çoğunlukla bu keşif olağanüstülükten çok şey götürür. Bu ruhsal ve felsefi problemleri değerlendirmek için bu zihin hastalığını etraflıca öğrenmek elzemdir.

Tıbbi ya da pratik açılardan konuya baktığınızda bu görüş daha da doğru hale gelmektedir. Tıp kariyeri seçen ve toplumun her sınıfından hasta ile ilgilenmek durumunda kalacak olan sizler: Bu nevroz grubuyla bağlantılı nöropatik fenomenlerle sürekli karşılaşacağınızı ve histerinin evrimine ve çeşitli çehrelerine aşina değilseniz en tehlikeli hataları yapacağınızı aklınızdan çıkarmayınız. Bir dönem histerinin çok ender görülen bir hastalık ol-

duğunu söylemek modaydı; bildiğiniz üzere kötü bir şöhreti vardı, kelimenin kendisine dahi bir tür ayıp atfedilmişti ve insanlar bu utanç verici hastalığın sık görülmediğine kendilerini ikna etmeye çalıştılar. Bir tür milletlerarası ironi ile, Fransız doktorlar tarafından yapılan sayısız çalışmanın ardından insanlar histerinin yalnızca Fransız kadınları arasında görüldüğünü kabul etmeye heves ettiler, ki bu, kötü şöhretleri dolayısıyla kimseyi şaşırtmadı. Bu saçmalığa inanmayınız. Amerikan kadınları Fransız kadınlarına acayip benzerler. Bu nedenle, iki yıl önce Chicago Eyalet Hastanesi ve Boston Şehir Hastanesi'nde doktor arkadaşlar histeri hastası kadınları göstererek şaka yollu La Salpêtrière'dekilerle tıpatıp aynı olduklarını söylediklerinde pek şaşırmamıştım. Irklar arasındaki fark da insan zihninin kurtulmakta zorlandığı şu budalaca şeylerden biridir. Tüm uygar uluslar artık aynıdır; aynı zihne, aynı bedene ve kabul edilmelidir ki, aynı ıstıraplara sahibiz. Eğer histeri başka ülkelerde sayıca daha az gibi görünüyorduysa da, bu öncelikle doktorların histeri vakalarını tanımaması yüzündendir, sonra da bu vakalara doğru isim vermediklerindendir. Tıp öğretimi bu konuda daha geniş kapsamlı olduğunda ve önyargılar sona erdiğinde, diğer milletlerin başka birçok konuda da olduğu gibi bu konuda da Fransa'yı kıskanmak için hiçbir sebepleri olmadığı muhtemelen anlaşılacaktır.

Dolayısıyla histerik insanlarla sıklıkla karşılaşacaksınız. Dilerseniz onları nörastenik olarak adlandırırsınız. Umursamıyorum bunu. Yalnızca en azından meselenin ne olduğunu bilmenizi isterim. İlerleyişini öngörmek, tehlikelerine karşı önlem almak ve hemen makul bir tedaviye başlamak için bu hastalığı hızlı bir şekilde tanıyabilmeniz gerekir. Bu erken teşhis başka bir açıdan daha da önemlidir; sizi, açıkça söylememe izin verirseniz, bir çuval inciri berbat etmekten kurtarır. Bir histeri vakasını tanımamak ya da tedavi etmemek belki de o kadar mühim değildir; ancak daima çok mühim olan şey histerik vakayı başka bir şeyle karıştırmak ve olmadığı bir şey için tedavi etmektir. Bu şekilde yapılan tıbbi hataları ve sıklıkla işlenen tıbbi suçları hayal bile edemezsiniz. Tıp dalının en büyük güçlüklerinden ve hastaların en büyük talihsizliklerinden biri histerik hastalıkların yalnızca, genellikle hiç muayene edilmediği ruhsal açıdan adamakıllı nitelendirilebilmesi, fiziksel açıdan oldukça kötü nitelendirilmesi ve sıklıkla karıştırıldığı her türden tıbbi ve cerrahi hastalığa alışılmadık şekilde benzerlik göstermesidir. Kontraktürler, felçler,

anestezi, çeşitli ağrılar, özellikle iç organlara yerleştiklerinde her şeyi taklit edebilirler; ayrıca bir de akciğerlerde yalancı tüberküloz, midede yalancı tümörler, yalancı bağırsak tıkanıklıkları ve hepsinden öte, yalancı rahim ve yumurtalık tümörleri vardır. İç organlarda olanlar uzuvlarda ve duyu organlarında da görülür. Bazı histerik rahatsızlıklar kemik ve omurga lezyonları ile, kas yahut tendon lezyonları ile karıştırılır. Ardından doktor müdahale eder, aileyi korkutur, hastayı perişan eder ve hastanın hayatını altüst edecek ve gücünü tüketecek akıl almaz diyetler verir. En sonunda cerrah devreye girer. Kesilen kolları, kasılmalar yüzünden yarılan boyun kaslarını, yalnızca kramplar yüzünden kırılan kemikleri, hayalet tümörler yüzünden kesip açılan karınları ve özellikle sahte yumurtalık tümörleri yüzünden kısır bırakılan kadınları saymakla bitiremezsiniz. Esasında daha fazla kıyımı engellediği için insanlığın Charcot'ya hürmet borcu vardır. Bu tür şeyler kuşkusuz azaldı, fakat hâlâ her gün gerçekleşmektedir. Yakın zamanda yalnızca nöropatik ağrılar nedeniyle gözü çıkarılmış ve optik siniri kesilmiş bir hasta gördüm. Şayet dikkatinizi ve ilginizi bu hastalığı öğrenmeye çekerek bu tür tıbbi suçların azalmasına katkıda bulunabilirsem sadece bununla dahi çok önemli bir sonuç elde etmiş sayılacağım.

III

Histeri çalışmasına etkili bir şekilde giriş yapabilmek için, giriş kısmını bitirmeden bu hastalık hakkında yapılmış çalışmaların tarihini birkaç kelimeyle özetlememe izin veriniz. Çalışmalarımızda yalnız değiliz; nesillerce öğrencinin ardından geliyoruz. Kendi araştırmalarımıza başlamadan önce yolumuzu daima açık bir biçimde görmemiz gerekir. Tıp tarihinin hangi noktasında durduğumuzu, bizden önce neler yapıldığını ve nelerin iyi yapıldığını, nelere baştan başlamamız gerekmediğini idrak etmemiz gerekir. Çabalarımızı onlarınkine katabilmek ve bizim için açtıkları yolda ileriye dönük adımlar atabilmek için öncülerimizi durduran güçlükleri kavramamız gerekir. Bu çalışmaların tarihi oldukça uzun bir tarih, çünkü en uzak Antik Çağ'dan başlıyor: Demokritos'un daha o zamandan histeri hakkında bir teorisi vardı. Ama bu uzun tarihi birkaç mühim kısma ayırarak birkaç kelimeyle özetleyebileceğimiz kanaatindeyim ve üç büyük dönem belirlemeyi öneriyorum. İlk dönem öyküsel ve betimleyici idi: merakın, biraz tedirgin ve eleştirmeyen bir hayranlığın dö-

nemi. Falcıların, cadıların, her türden konvülsiyonist ve konvülsiyon ile ilgili şaşırtıcı gerçeklerin, somnambulizmlerin, dirilen letarjiklerin, olağanüstü oruçların, mucizevi yaraların vb. dönemiydi bu. Esasında çok geç bir tarihte, 19. yüzyılda başlayan ikinci dönem ise klinik dönem olarak adlandırılabilir. Bu dönemde doktorlar her şeyden önce bu hastalığa tıbbi bir karakter vermeye, onu başka illetlerden ayırt edebilmeye ve ilgili olduğu vakaları tanımaya gayret ettiler. Bir tür ayıklama ve sınıflandırma işiydi bu. Epey çağdaş olan üçüncü dönem ise psikolojik dönem olarak adlandırılmayı hak eder çünkü, doğru ya da yanlış, ilk atalarımızın yalnızca betimlediği ve onlardan sonra gelenlerin de sınıflandırmakla yetindiği sayısız fenomenin açıklaması son otuz yıldır zihinsel fenomenlerde aranmaktadır. İleride belki de bir anatomik ve fizyolojik dönem de gelecektir, ama bunun henüz mevcut olmadığı kanısındayım.

Bu önemli evrelerin her biriyle ilgili sadece birkaç kelam edeceğim. İlki için size yalnızca Platon, Hippokrates, Celsus, Galenos, Aetius isimlerini, Ortaçağda cinneti, koreleri ve tarantizm[3] salgınlarını betimleyen yazarların isimlerini hatırlatmak yeterli olacaktır. Bunların arasında Ambroise Paré ve Fernel de vardır. Hemen ardından 17. yüzyılda en iyi tanımlardan birini yapan Charles Lepois'yı; histerik çiviyi[4], öksürük, kusma ve ödemi tanıtan Sydenham'ı; Sydenham'ın görüşünü destekleyen ve histerik erkeklerin de olduğunu ilk söyleyenlerden biri olan Raulin'i (1758); ve bu tuhaf problemi tartışan Witt'i (1767), Sauvage'ı (1760), Astruc'u (1761) ve Pomme'u (1760-1782) anmamız gerekir. Bu betimleyici dönem bütün çalışmaları hükümsüz kılan ve açıklama teşebbüslerini imkânsız hale getiren çocukça ve tehlikeli bir anlayış tarafından istila edilmişti. Platon'un *Timaios*'ta geçen düşünü bilirsiniz: "Rahim, çocuk peyda etme hasretinde bir hayvandır. Ergenliğin ardından uzun müddet çorak kaldığında buna katlanamaz, hiddetlenir, tüm bedeni dolaşarak hava girişlerini kapatır, solunumu durdurur, bedeni feci tehlikelere atar, türlü hastalıklar meydana getirir; ta ki arzu ve aşk erkek ve kadını bir araya getirip bir meyve verene ve onu adeta ağaçtan toplayana dek." Bu küçük sevimli hikâye on asır boyunca histerinin tek açıklamasıydı ve 1860'da Louyer de Villermay tarafından

---

[3] Dans etme dürtüsü meydana getiren psikolojik bir hastalık –çn.

[4] İng. *Hysterical nail*. Fr. *Clou hysterique*. Histerik baş ağrısı anlamında kullanılan bir ifade –çn.

ifade edilen bütün budalaca fikirlerin de kaynağıydı. Yumurtalıkların seviyesine yerleşen karın ağrılarının, histerik baş ağrısının hareketlerinin ve nöbet sırasında hastaların yaşadığı boğulmaların bunda oynadıkları rolü tahmin edebilirsiniz. Histeri bir rahim [*uterus* (ὕστερον)] gerektirdiğinden erkeklerde görülmesi fikri kabul edilmemekteydi ve ilk ciddi tartışmalar erkeklerde histeri vakası ihtimaline dairdi.

Erkeklerde bu hastalığın tanınması eski histeri anlayışını değiştirdi ve daha titiz klinik çalışmalar meydana getirdi. Kronolojik kesinlik iddiasında bulunmaksızın, ikinci ve hakikaten klinik olan dönemin açılışını 19. yüzyılın başlangıcı olarak alıyoruz. Georget (1821), Almanya'dan Hufeland (1836), Fransa'dan Brachet ve Landouzy (1845), Duchenne de Boulogne (1855), ve Legrand du Saulle (1860) isimlerini hatırlamamız yeterli olacaktır. Fakat, eklemlerde duyu ve motor bozukluklarını tarif eden ve histerik bir semptom olan Brodie dizine adını veren İngiliz doktor Brodie'nin (1837) harikulade kitabını özellikle vurgulamam gerekir. Hakikaten bir değere sahip ilk genel çalışma olan ve çağdaş çalışmalara zemin hazırlayan Briquet'nin (1859) eserine da özel bir yer ayırmalıyız. Son olarak, bildiğiniz gibi dönemin en önde gelen temsilcisi, klinik histeriye her şekilde kesinlik kazandıran Charcot'dur.

Epileptik ve histerik nöbet arasında uzun bir zaman imkânsız olarak görülen ayrım; apopleksi, beyin lezyonu, menenjit, histerik dilsizlik ve uyku nöbetlerinin teşhisi; histerik anoreksiya, mide ağrısı ve dispnenin, aynı iç organlara yerleşmiş görünen organik hastalıklardan ayrılması da bu çalışmalarla bağlantılıdır. Brodie dizinin örneklediği eklem sorunları, kontraktürler ve tek bir uzuvla sınırlı olan felçler gibi çeşitli histerik motor bozuklukların keşfini ve teşhisini en çok öncülerimizin hastalar üzerinde yaptıkları çalışmalara borçluyuz. Bildiğiniz gibi bu motor bozukluklar ile alakalı tartışmalar, bunların çeşitli organik felçler ile karşılaştırılması ve travmatik nevrozlar üzerine yapılan araştırmalar Charcot'nun kariyerinde epey yer bulan şeylerdi.

Bütün bu çalışmalarda henüz hastalığın yorumlanmasına yer yoktu ve Charcot bu türden bir yorumlamanın gereğini enikonu hissetmişti. Yalnızca görünüşte gizemli olan şeyleri açıklığa kavuşturmak için değil, aynı zamanda bu denli heterojen görünen sayısız bulguyu birbirine bağlayabilecek bir bütünlük oluşturabilmek için de elzemdi bu. Lasègue'in zaten söylemiş olduğu gibi

"en düzensiz görünen dışavurumların zannedildiği gibi bireysel karakterleri yoktur ve açıklanamayan istisnalar da değillerdir." Charcot ise şöyle demiştir: "Hiçbir şey şansa bırakılmaz, tam aksine; her şey her zaman aynı kalan, hususi ve hastanedeki uygulamalarda da ortak olan, bütün ülkelerde, zamanlarda ve ırklarda uygulanabilen kurallarla gerçekleşir." Doğal olarak bu belirlenimciliği ve histerinin bu genel yasalarını keşfetmeye çalışmıştır. Kanaatimce, bir klinisyen olarak alışkanlıklarına kapılarak bu genel yasaları daha çok fizyolojik alanda aramış ve bu da birçok talihsiz hata yapmasına sebep olmuştur. Charcot ekolünün tam aksine, başka çalışmalar, özellikle de Nancy'den Bernheim'ınkiler göstermiştir ki bu histeri bütünlüğü ve bu bütünlüğün sunduğu bulguların açıklaması büyük ihtimalle ruhsal fenomenler alanında bulunur.

Sözünü etmiş olduğum psikolojik patolojinin gelişimi, iki ekol araşındaki rekabet vesilesiyle gerçekleşmiş ve bu üçüncü dönemin, histeri çalışmalarının psikolojik döneminin başlamasına sebep olmuştur.

Yaklaşık yirmi yıldır devam eden bu dönemin değerlendirilmesi hâlâ güç. Lakin bana öyle geliyor ki, bu dönemde elde edilen ilk net sonuçlar, ilginç olsalar dahi, hâlâ yetersizler ve sizi onların cezbedici basitliğine karşı uyarmam gerekiyor. Psikolojik açıklamalar bazı yazarların aklını çeldi. Yalnızca "ruhsal" ve "düşünce" kelimeleri onlara her şeyi açıklamaya yeterliymiş gibi görünmekteydi ve tıpkı insanların genellikle basit açıklamalardan hoşlanmaları gibi günümüzde tıpçılar da belli belirsiz zihinsel açıklamalarla yetinmeye ziyadesiyle eğilimliler. Histeri, dediler, ruhsal bir hastalıktır; belirsiz bir anlamda, telkin hastalığıdır; hastaların sahip olduklarına kendilerini ikna ettikleri rahatsızlıklar içerir; ikna olma hastalığıdır. Birçok doktor bu türden birkaç formül ifade edince geriye söylenecek hiçbir şey kalmadığını sanır. Bu görüşte, hastalığın ruhsal karakterini ortaya çıkardığı için, doğruluk payı vardır fakat epey yetersizdir. Şahsen ben Charcot'nun titiz metodundan, belirlenimcilik ve histerinin yasalarını aramasından bir şeyler almamız gerektiğini ve bunu daima fiziksel bulgularda aramak yerine yalnızca psikolojik bulgulara uygulamamız gerektiğini düşünüyorum. Dolayısı ile tanımlamada belirli bir titizlikten faydalanmamız ve histerinin ruhsal fenomenlerini incelememiz gerekmektedir.

Öncelikle, semptomların son derece fazla olması nedeniyle

böylesi bir hastalığın tanımını yapmak oldukça zordur. Vaktiyle, Sydenham'ın bu sürekli değişen hastalığa Proteus[5] adını verdiğini bilirsiniz. Fakat hastalığın tanımını yapmak aynı zamanda yeterince açık tasvir edilemediği için ve sınırları ne yazık ki çok belirsiz olduğu için de zordur. Birçok çağdaş yazarın histeri adı altında tarif edilen şey konusunda hemfikir olmadıkları ve bazılarının hastalık hakkında diğerlerinden daha geniş kapsamlı bir anlayışa sahip oldukları görülebilir. Bu kararsızlık genellikle gençleri şaşırtır. Bilimde her şeyin kusursuz bir kesinlikte olduğunu düşünürsünüz ve hocalarınızda kararsızlık görmek sizi hayrete düşürür. Gerçekte ise kesinlik yalnızca bizim sistematik tanımlamalarımızda vardır, doğal olaylarda yoktur. Doğanın sürekliliğindeki bütünlükten ayrı ayrı parçalar kesip çıkaran bilim adamlarıdır. Hayvan türlerinin birbirinden keskin bir biçimde ayrıldığına inanıyor musunuz? Türlerin sınırları hakkında, türlerden birine ya da diğerine dahil edilebilen geçiş hayvanları hakkında doğa bilimcilerin tartışmalarına bir bakınız. Evrim kuramını ve Darwin'in *Türlerin Kökeni* adlı eserini hatırlayınız. Tüm bunlar bizim icat ettiğimiz kesinlikleri barındırmayan hastalıklar için de geçerlidir. Gerçi, doktorlar, bazı durumlarda, şu veya bu lezyonu karakterize eden ve belirgin bir şekilde görülebilen nesnel bir bulgu mevcut olduğu zaman hemfikir olabilirler – histolojik analiz sifilistik bir lezyonu tanımlamada yardımcı olacaktır; kimi vakalarda, mikroskobik bir organizmanın varlığı yol gösterici olacaktır ve Koch basilinin tanınması, bir tüberküloz lezyonunu ortaya çıkaracaktır. Fakat ne yazık ki zihin hastalıklarını tanımlamak için elimizde bu tür şeyler yok. Genel felç vakası hariç, zulüm manisinden muzdarip bir hastayı melankoli veya nöropati etkisi altında bir hastadan ayırabilmenin anatomik bir yolu yoktur. Şayet histerinin mikrobunu bulursanız, bütün tanımlarımı değiştirip çok daha sahih bir hale getirebilirsiniz.

Günümüzde zihinsel bir hastalığın tanımlanmasında ve betimlenmesinde açıkça hipotetik ve geleneksel bir taraf mevcuttur. Sanıyorum ki hiç kimse bu hipotezlerin ve geleneklerin gerekliliğini Charcot'nun türlerin metodu dediği şeyi anlatırken olduğu kadar hissetmemiştir. Bir sinir hastalığını tanımlamak istediğinizde bu tanımda olası bütün hastaları kapsayabileceğinizi dü-

[5] Proteus, Yunan mitolojisinde istediği zaman şekil değiştirme kabiliyeti olan bir tanrıdır. Tıpta bir bakteriye de bu özelliğinden dolayı aynı isim verilmiştir –çn.

şünmemelisiniz. Muğlak fenomenler, istisnai vakalar ve çelişkili belirtiler daima vardır. Böyle bir durumda insan herkesi memnun etmeye gayret ederse, hiç kimseyi memnun edemez; fazla doğru olmaya çalışırsa, anlaşılamaz olur. Bir hocanın öğretisini ve fikirlerini karakterize eden gerekli hipotez oluşturmaya çalışılmalı; hastalığın sayısız vakası arasından kişisel tecrübeye dayanarak en mühim görünen, en net bulguyu sunan, başka hastalıklardan farkı en açık olan, aynı tür hastalarda en sık görülen ve en anlaşılır olan seçilmelidir. Diğer bütün hastaların aynı olmadığı bilinmesine rağmen, yalnızca benzerliklerden dolayı aynı ismi almayı hak ettikleri varsayılarak, bir hasta tasvir edilmesi tercih edilen bir örnek haline gelir.

Histerinin ana semptomları'nı size anlatırken işte tam da bunu yapmaya çalışacağım. Buradaki *ana* kelimesi bütün olası histerikleri ya da bu semptomların ortaya koyabileceği tüm nüansları anlatma iddiasında bulunmayacağıma; size yalnızca, kendi hipotezime göre, histerinin karakteristik semptomlarını oluşturan şeyleri göstermek istediğime işaret eder. Bu tarz semptomatik ve hipotetik tanımlamaların geçici olmaları, bizden hemen sonra yok olacak olmaları gibi mahzurları vardır, lakin ölümsüz bir şey yapmaya çalışmak zaten akıl almaz bir yanılgı olurdu. Kısa bir süreliğine anlaşılır ve yararlı bir şey yapmak halihazırda başlı başına fevkalade bir sonuç elde etmektir. Sizlere metodundan bahsetmiş olduğum Charcot bunu kendi histeri tanımlamasına biraz abartılı bir düzeyde uygulamıştır; tanımladığı histeri türü kendisiyle beraber yok olmuştur; günümüzde hiç kimse histeri nöbetini Charcot'nun betimlediği gibi betimlememektedir. Fakat ben yine de onun yapmış olduğu tanımın bir öğrenci nesli için yararlı olduğu kanaatindeyim. Hâlâ tartışarak sürdürdüğümüz muazzam bir bilimsel hareketi beraberinde getirdi bu tanımlama. Kuşkusuz bizim histerik fenomen tiplerimiz de onunkiler gibi kısa ömürlüdür. Bir süre için de olsa bunların da aynı yararlılıkta olabilmelerini diliyoruz.

Eğer sizlere somnambulizm olarak adlandırılan, fonksiyonel felç ve his kaybını beraberinde getiren zihinsel durumun birkaç anlaşılır ve basit örneğini takdim edebilirsem, umuyorum ki günümüzde felsefi ve ruhsal problemleri anlamada elzem olan patolojik psikoloji çalışmalarına ilginizi çekmiş; doktorların hastalarının zihinleri ile de ilgilenmeleri gerektiğinden, sizlere doktor olarak görevlerinizi yapmanız için bir nebze yardım etmiş ve

böylece beni buraya davet ederek büyük onur duymamı sağlayan Harvard hocalarının isteklerini kısmen de olsa yerine getirmiş olacağım.

II
Monoideik Somnambulizm

Histerik rahatsızlıkların tipik bir türü olarak somnambulizm – Bazı monoideik somnambulizm vakalarının betimlenmesi – Bunların temel psikolojik özellikleri – Bir düşüncenin, kısmi bir düşünceler sisteminin somnambulizm sırasında serbest kalması ve çözülmesi

Bir hastalığa dair muhtelif anlayışlar ilk betimlenen ve en çok önem verilen semptomların seçimine göre şekil alır. Uzun bir süre boyunca, histeri, büyük ölçüde fiziksel bir hastalık olarak görüldü ve zihinden bağımsız görünen konvülsiyonlar böylece ilk sıraya yerleştirildi. Histeri, her şeyden önce, en mühim semptomu nöbetler olan konvülsif bir hastalıktı. Charcot bu geleneği sürdürdü ve bildiğiniz üzere başlangıç noktası olarak konvülsif atakları alarak hastalığın tamamını açıklayabilmek için epey uğraştı. Charcot'nun teorisi günümüzde oldukça yapay bulunur ve şematik atak anlayışı unutulmaya yüz tutmuş durumdadır. Ben bu başarısızlığı başlangıç noktasında yaptığı hata ile açıklıyorum. Histerik konvülsiyon nöbeti, basit bir fenomen olmak şöyle dursun, çok değişken ve karmaşık bir semptomdur. Konvülsiyonların birçok anlamı vardır: Kimi zaman duyumsamalarla yahut fikirlerle ve bilincin oldukça karmaşık durumlarıyla bağlantılı, kimi zamansa bilinçten neredeyse yoksundur; bazı durumlarda tekrar eden hareketler ve yüz ifadeleriyle ilişkilidir yahut birtakım istemli felce bağlı hareket ajitasyonuna dayanır. Hastalıkları uzun sürmüş bazı yaşlı hastalarda konvülsiyon ataklarının, hastalığın başlangıcından beri yaşadıkları bütün histerik rahatsızlıkları özetlediği söylenebilir. Atağın, derslerin başındansa, en sonunda işlenmesi gereken karmaşık bir fenomen olduğunu düşünüyorum. Dersimin tabiatını kısaca nitelemek ve bu sinir hastalığının ruhsal açıdan nasıl çözümleneceğini anlamanıza yardımcı olmak için ilk sıraya histerinin en tipik ve en karakteristik semptomunu, ruhsal bir semptom olan somnambulizmi koymak istiyorum; yani histeriklerde kendiliğinden ortaya çıkan som-

nambulizm nöbetini. Çok mühim bulduğum yeni bir tıp anlayışıdır bu. Somnambulizm, ziyadesiyle uzun bir dönem boyunca, açıklanmasının imkansızlığıyla nöropatların alışıldık sıkıntılarına dahil olan nadir bir fenomen olarak görülmüştür. Buna karşılık, ben, gizlenmiş halde olsa dahi çeşitli şekillerde son derece sık görüldüğü kanaatindeyim. Somnambulizm her türden nöropatik rahatsızlıkta görülmez; müstesna bir nevrozun -histerinin- mühim bir noktasını oluşturur. Somnambulizmi iyi anlayan bir kişinin, hemen hemen aynı model üzerinde oluşan tüm histerik evreleri anlamaya muktedir olacağına inanıyorum.

Fakat öncelikle incelemek için çeşitli somnambulizm tipleri arasından birinin seçilmesi gerekir. Burada en sık görülen türü seçmeyeceğiz; zira dersin amacı bizi en basit ve en kolay anlaşılır olanı seçmeye sevk edecektir. Bu basit somnambulizm türü monoideik olarak adlandırılmayı hak eder ve umuyorum ki bu ders verilen ismi gerekçelendirecektir. Dolayısıyla monoideik somnambulizmin tipik formlarını birlikte incelememiz gerekecek; ardından bunların temel psikolojik karakterini açığa çıkaracağız ve sonra bu ilk anlayış ile diğer histerik fenomenler üzerine çalışmalardan edindiğimiz anlayışları kıyaslayabilmek için bu somnambulizmlerin niteliklerini basit ve genel bir fikir olarak özetlemeye çalışarak bitireceğiz.

I

O halde nedir tam olarak somnambulist? Popüler görüş uzun zaman önce bu sorunun cevabını verdi: Somnambulist uyurken düşünen ve hareket eden bireye denir. Kuşkusuz bu cevap pek açık değil; zira uykunun ne olduğunu pek de iyi bilmiyoruz. Bu cevap yalnızca bahsi geçen kişinin diğer insanlardan farklı şekilde, tuhaf bir biçimde düşünüp hareket ettiği ve aynı zamanda bu kişinin bir şekilde uyuyan bir insanla benzerlik gösterdiği anlamına gelir. Shakespeare'in trajedisi *Macbeth*'ten başka hiçbir yerde somnambulizmin bu popüler algısının daha güzel bir tasvirini bulamazsınız:

HEKİM

İki gecedir bekliyorum sizinle,
Hiçbir şey göremedim dediklerinize benzer.
En son ne zaman gördünüz
Kraliçenin gece kalkıp gezdiğini?

KADIN

Kralımızın sefere çıktığı gece
Baktım yatağından kalktı, hırkasını giydi,
Çekmecesinden bir kâğıt çıkarıp katladı,
Bir şeyler yazdı üstüne, mühürledi ve yattı:
Derin uykular içindeydi bütün bunları yaparken.

HEKİM

Büyük bir iç sıkıntısının belirtisi bu:
Uyku halindeki bünyede uyanıklık halleri.
Bu uyur uyanıklık sırasında,
Yürümek ve daha başka haller dışında,
Ağzından bir şeyler duyduğunuz oldu mu?

KADIN

Öyle şeyler duydum ki söyleyemem, korkarım.

HEKİM

Bana söyleyebilirsiniz; söylemeniz de lazım.

KADIN

Doğru söylediğime tanıklık edecek kimse yok.
(Lady Macbeth elinde bir şamdanla girer.)
İşte geliyor, bakın! Her zamanki yürüyüşü, ama,
Yemin ederim, yine derin uykularda.
Kendiniz görün iyice, saklanalım şuraya.

HEKİM

Bu ışığı nerden bulup yakmış?

KADIN

Yanı başındaydı. Her zaman ışık olacak yanında:
Öyle emretti.

HEKİM

Baksanıza, gözleri açık.

KADIN

Açık ama içeriden kapalı.

HEKİM

Ne yapıyor öyle? Ellerini ovuşturuyor, bakın.

KADIN

Alışmış, hep yapıyor bunu: Ellerini yıkıyormuş gibi.
Bir çeyrek saatten fazla sürdüğünü gördüm.

LADY MACBETH

Bir leke var şurada hâlâ.

HEKİM

Konuşuyor, dinleyelim.
Yazayım söylediklerini tam hatırlamak için.

LADY MACBETH

Çık elimden, korkunç leke çık diyorum sana!
Bu bir... Bu iki... Tamam: Haydi şimdi.
Cehennem ne karanlıkmış!
Yazık, koca kralım benim.
Yazıklar olsun! Bir asker korkar mı hiç?
Ne diye korkuyorsun bilinmesinden?
Kimin haddine bizden hesap sormak?
Bir ihtiyardan bu kadar kan akacağı kimin aklına gelirdi?

HEKİM

Duydun mu bunu?

LADY MACBETH

Fife beyinin bir karısı vardı, ne oldu?
Nedir bu? Hep kirli mi kalacak bu eller?
Yeter artık, haşmetlim, yeter!
Her şeyi bozuyorsun bu korkularla.

HEKİM

Söyle, söyle! Ama bu bildiklerini
Bilmesen daha iyi ederdin, kraliçe!

KADIN

Söylemese daha iyi ederdi söylediklerini.
Allah bilir daha neler var içinde!

LADY MACBETH

Kan kokuyor hâlâ şurası:
Arabistan'ın bütün kokuları
Temizleyemeyecek şu ufacık eli!
Of, yeter artık! Yeter!

HEKİM

Nasıl boşaltıyor içini! Yarılırcasına dolmuş yüreği.

KADIN

Göğsümde öyle bir yürek çarpmasın da,
Bütün bedenim kirlere, çamurlara batsın!

HEKİM

Kötü, kötü, kötü...

KADIN

Allah iyi eder inşallah!

HEKİM

Benim hekimliğimi aşıyor bu hastalık;
Ben ki uykuda yürüyen nice hastalara baktım
Ve hepsi rahat döşeklerinde dindarca öldü.

LADY MACBETH

Ellerini yıka; gecelik hırkanı giy; sapsarı kesilme böyle!

Banquo gömüldü diyorum sana;
Mezarından çıkamaz Banquo.

HEKİM

Demek öyle ha?

LADY MACBETH

Git yat, git yat; kapı vuruluyor.
Haydi, haydi, haydi, ver elini bana.
Olan oldu, değişmez artık. Gel yat artık, gel yat.
(Lady Macbeth çıkar.)

HEKİM

Gider yatar mı şimdi?

KADIN

Hemen.

HEKİM

Korkunç fısıltılar dolaşıyor ortalıkta.
Olmayacak işler, olmayacak dertler yaratıyor.
Hasta beyinler sağır yastıklara döküyor sırlarını.
Hekimden çok rahibe ihtiyacı var kraliçenin.
Allahım, Allahım, sen yardım et hepimize!
Ona iyi bakın; canına kıymasına yarayacak
Hiçbir şey bırakmayın yanında.
Gözünüzü de eksik etmeyin üstünden.
Haydi, geceniz hayırlı olsun. Kafam altüst oldu,
Gördüklerim şaşkına çevirdi beni.
Bir şeyler düşünmüyor değilim,
Ama yürek ister söylemeye.

KADIN

İyi geceler, doktor.[1]

Modern örneklerimiz çok daha az dramatiktir, ancak yine de en çarpıcı özelliklerine istinaden kıyaslanabilirler. Çok mühim bulduğum bu fenomene dair zihninizde bir intiba bırakabilmek için birkaç vakadan söz etmeme izin verin. İşte birinci vaka: Yirmi dokuz yaşında, Gib. isimli zeki, duyarlı, genç bir kadın, bir gün ansızın korkunç bir haber alır. Yan evde oturan yeğeni dehşet verici bir biçimde ölmüştür. Dışarı koşar ve talihsizce, genç kızın sokakta uzanan cansız bedenini görür. Genç kız bir hezeyan nöbeti içerisinde kendini pencereden atmıştır. Gib. ise, çok

---

[1] Çev. Sabahattin Eyüboğlu (İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 2008), s. 91-94.

etkilenmiş olsa da sakin görünür ve cenaze töreni için yapılan hazırlıklara yardım eder. Gayet doğal bir biçimde cenazeye katılır. Fakat o noktadan itibaren gittikçe içine kapanır, sağlığı bozulur ve söz edeceğimiz olağandışı semptomları göstermeye başlar. Neredeyse her gün, gün boyunca ve geceleri, tuhaf bir hale bürünür; rüyadaymış gibi görünür, olmayan biri ile sessizce konuşur, ona Pauline der (ölen yeğeninin adı) ve ona yazgısına ve cesaretine hayran olduğunu, ölümünün güzel bir ölüm olduğunu söyler. Kalkar, pencereleri açar ve tekrar kapatır, tek tek hepsini dener, pencereye tırmanır ve kuşkusuz arkadaşları onu durdurmasa, kendini pencereden atacaktır. Silkelenip, gözlerini ovuşturarak hiçbir şey olmamış gibi olağan işlerine dönene dek durdurulması, sürekli gözetim altında tutulması gerekir.

Bir başka çalışmamda daha detaylı değindiğim He.'nin vakası da yakın zamanda gözlemlediğim ilginç bir vakadır. Otuz beş yaşındaki bu histerik kadın regl dönemi sırasında hayvanat bahçesinde gezinirken, söylenene göre kendisine doğru bir hamle yapmaya hazır görünen bir dişi aslandan korkar. Hastaneye geri geldiğinde sekiz gün süren bir hezeyan nöbeti geçirmiştir. Biraz duraksamanın ardından yeniden aynı tuhaf hezeyan nöbetleri devam eder. Bu krizler sırasında; dört ayak üstünde koşar, kükrer, insanlara saldırır, onları ısırmaya çalışır ve bu ataktan önce anoreksik olmasına ve çok az yiyebilmesine rağmen şimdi her türden yiyeceğe atılır, dişleriyle alır ve yerde bulduğu tüm kâğıt ve küçük eşya parçalarını yutar. Bir bakıma, kendisinin bir dişi aslan olduğuna inandığı bir komedi oynar. Komedi oynadığını söylüyorum çünkü kendi rolüne çalıştığı ve gerçek oyuncaların yerine sıklıkla metaforlar kullandığı aşikardır. Örneğin; bir çekmecede fotoğraflar arayıp bulur ve genellikle çocuk portreleri olan bu fotoğrafları yemeye çalışır. Kuşkusuz, gerçek insanları yiyemeyeceği için bu fotoğrafları temsili olarak yer. Zihnindeki bir fikirden kaynaklanan bu formun üzerinde çok durmayacağım; bir telkin ya da istilacı bir fikirle ortaya çıkan iyi bilinen kişilik değişikliklerinden biridir bu. Bununla beraber, uyanık olduğunda He.'de yalnızca hezeyan nöbetini değil aynı zamanda hayvanat bahçesindeki gezintiyi de kapsayan eksiksiz bir amnezi gözlemlenir.

Üçüncü vaka: Otuz iki yaşındaki Sm., daha da enteresan bir tablo sunar. İki bacağı da felçli olduğu için bu adam genellikle yataktadır. Muzdarip olduğu felç oldukça tuhaf bir felç vakası

olsa dahi bugün bunun üzerinde durmayacağız. Gecenin ortasında yavaşça kalkar, yataktan dışarı zıplar -bahsi geçen felç yok olmuştur-, yastığını alır ve kucaklar. Yüz ifadesinden ve sözlerinden anlarız ki yastığı çocuğu zannetmektedir ve çocuğunu kayınvalidesinin ellerinden kurtardığına inanır. Ardından, kucakladığı yastık ile odadan çıkmaya çalışır, kapıyı açar ve avluya doğru koşar; su borusuna tırmanarak çatıya çıkar; elinde yastıkla hastanenin tüm binalarını muhteşem bir çeviklikle dolaşır. Onu yakalarken çok dikkatli olunmalıdır ve aşağı indirirken her tür önlemin alınması gerekir zira sersemlemiş bir şekilde uyanır ve uyanır uyanmaz iki bacağı da tekrar felçli haline döner; yatağına taşınarak götürülmesi icap eder. Neden bahsettiğinizi anlamaz ve nasıl olur da aylardır yatakta felçli halde olan zavallı bir adamın çatılarda aranmak zorunda kalındığını kavrayamaz.

Size çok sayıda öğretici örnek verme hususunda ısrar ettiğim için dördüncü ve son bir vaka daha aktarmak istiyorum. Annesinin ölümünün neden olduğu üzüntünün hasta ettiği yirmi yaşındaki Irène isimli genç kızın bilindik hikayesine geri dönüyoruz. Bu kadının ölümünün çok dokunaklı ve dramatik olduğunu hatırlamamız gerekir. Veremin son evresine gelmiş olan bu zavallı kadın kızıyla beraber bir tavan arasında yaşamaktadır. Ölüm; boğulma, kan kusma ve tüm korkunç belirtileriyle ağır ağır gelir. Genç kız imkânsız olanla çaresizce mücadele eder. Bir yandan hayatlarını idame ettirmek için gerekli olan birkaç kuruşu kazanmak için dikiş makinesinin başında çalışarak, annesine tam altmış gece boyunca bakar. Annesi öldüğünde, cansız bedeni diriltmeye, soluğu geri getirmeye çalışır; ardından, uzuvları dik tutmaya çalışınca, ceset yere yığılır ve kaldırıp yatağa yerleştirmek için sonsuz bir çaba gerekir. Bu korkunç sahnenin tümünü gözünüzde canlandırabilirsiniz. Cenazeden bir süre sonra ilginç ve çarpıcı belirtiler başlar. Gördüğüm en olağanüstü somnambulizm vakalarından biridir bu.

Nöbetler saatlerce sürer ve muhteşem dramatik bir sahne ortaya konur; öyle ki hiçbir aktris o acıklı sahneleri böylesi bir mükemmellikle oynayamaz. Genç kız, annesinin ölümü sırasında gerçekleşen tüm olayları en ufak ayrıntıyı bile unutmaksızın canlandırma huyu edinir. Kimi zaman sadece konuşur, büyük bir konuşkanlıkla olan bitenin tümünü anlatır, sorular sorar ve cevaplar verir yahut sadece sorular sorar ve cevapları dinliyormuş gibi görünür; kimi zamansa yalnızca gördüklerini izler, korkmuş

bir yüz ifadesiyle bakar, çeşitli sahneleri seyreder ve gördüklerinin gerektirdiğince hareket eder. Diğer zamanlarda tüm sanrıları, sözleri ve hareketleri birleştirerek benzersiz bir dram oynar gibi görünür. Bu dramda, ölüm gerçekleştiği zaman aynı düşünceyi sürdürerek kendi intiharı için hazırlıklar yapar. Bunu yüksek sesle tartışır; tavsiye almak için annesiyle konuşur gibi görünür; kendini trenin altına atmaya çalışmanın hayalini kurar. Bu detay aynı zamanda hayatından gerçek bir olayın hatırasıdır. Yolda olduğunu düşler, odanın içinde boylu boyunca yere uzanır ve birbirine karışan dehşet ve sabırsızlıkla ölümü bekler. Dakikalarca sabit kalan, hakikaten hayranlık uyandırıcı yüz ifadeleri takınır. Tren gözlerinin önüne gelir, dehşet verici bir çığlık atar ve ardından sanki ölmüş gibi hareketsiz yatar. Kısa bir süre sonra ayağa kalkar ve önceki sahnelerden birini en baştan canlandırmaya başlar. Aslına bakılırsa, bu somnambulizmlerin en karakteristik özelliklerinden biri kendilerini sınırsızca tekrar etmeleridir. Tüm atakların, aynı hareketleri, ifadeleri ve sözleri tekrar ederek tıpatıp aynı olması ile birlikte, belirli bir atak sürecinde de bir süre devam ettiği zaman aynı sahne tam olarak aynı şekilde beş ya da on kez tekrarlayabilir. Sonunda ajitasyon tükenir gibi görünür, rüya gittikçe belirsizleşir ve yavaşça ya da vakaya göre aniden, hasta normal bilincine geri döner, olan bitenden pek etkilenmemiş gibi hayatına kaldığı yerden devam eder.

Size bunun gibi birçok örnek daha verebilirim, zira hayattaki her şey bu sahnelerden birine yansıyabilir. Kimi hasta, bir köpek tarafından ısırılma sahnesini tekrar tekrar canlandırır; öteki, düşen asansörün neden olduğu yaralanma anında hissettiklerini rüyasında yeniden yaratır. Küçük bir kız okul hayatında ağır bir şekilde cezalandırıldığı bir sahneyi hayal eder; genç kız bir tecavüz sahnesini düşünür; bir delikanlı sokaktaki bir tartışmayı tekrar eder; başka bir adam okuduğu romandaki hırsızların pencerelerden girip karakteri yatağa bağladıkları bir bölümü bizzat yaşar. Bu tür bir hezeyan binlerce farklı şekilde tekrar edebilir. Fakat oldukça karakteristiktir ve zihinsel patolojinin tamamında bununla kıyaslanabilecek bir başka hezeyan bulamazsınız. Dolayısıyla onu oluşturan psikolojik özellikleri dikkatlice incelememiz gerekir, zira belki de bu basit hezeyanın doğru analizi başka karmaşık durumları açıklamamıza yarayan bir başlangıç noktası işlevi görecektir.

II

Söz konusu durumu tüm özellikleriyle inceleyen sayısız çalışma yapılmıştır. Burada sadece bu çalışmaların net sonuçlarını özetleyeceğim ve durumun başlangıcından normal hayata dönüşe kadarki kısmını takip ederek bunu yapacağım. İlk aşama, yani somnambulizmin başladığı an, normal durumdan ikinci duruma geçiş anı çok önemlidir; fakat şimdilik bunun üzerinde duramayacağız. Değişim ani olduğunda, görünüşe göre bir bilinç kaybı, yarı baygınlık hali meydana gelir. Değişim yavaş olduğunda zihinsel aktivitedeki azalma rahatlıkla gözlemlenebilir; hasta artık dışarıdaki olaylara dikkatini vermez, ona ne dediğinizi gittikçe daha az anlar ve güçlükle yanıt verir, dalgındır, daha yavaş hareket eder yahut yaptığı işi bırakır. Kısacası, istemli faaliyet ve yakın tatbik kaybolur ve yerini gittikçe genişleyen düşe bırakır.

Düş başladığında çok çarpıcı ve önemli bir özellik fark edersiniz: gelişiminin kusursuzluğu ve yoğunluğu. Düşle bağlantılı tüm fenomenler son derece çoğalmış görünür. Kuşkusuz, hepimiz düşüncemizle bağlantılı ifadeler ve tutumlar takınıyoruz, ancak ifadelerimiz kimi zaman somnambulizmde gözlemleyebileceğimiz şekil alabilirlik harikasıyla kıyaslandığında pespaye ve noksan kalır. Kimi hastalar, daha önce de belirttiğimiz gibi, ne konuşur ne de hareket eder, yalnızca ifadeli bir tavırla sabit kalırlar. Bu monoideik somnambulizm biçimine katalepsi denir. Bunun tüm çeşitlerini ele almaya vaktimiz bulunmadığından yalnızca sıklıkla batıl inançlara ilham veren yaşayan örneklerin kusursuz ifadelerine dikkat çekeceğiz.

Hastanın bilincine dolan imgeleri türlü yollarla öğrenebiliriz ve bizimki gibi donuk anılara sahip olmadığını, sözünü ettiği nesneleri sanki tam olarak gerçeklermiş gibi gördüğünü, duyduğunu, hissettiğini ve dokunduğunu gözlemleyebiliriz. Sanrıların meydana gelme biçimi emsalsizdir ve histeriye biraz benzeyen bazı alkolik hezeyan krizlerinde olanlar hariç, tüm duyuların sanrısındaki böylesi bir bolluğu akıl hastalığında hiçbir zaman bulamayız. Hasta, ifade etmek istediği fikre kendini tamamen verdiği için, konuştuğu zaman bir akıcılığa hatta normal zamanlarda sahip olduğundan daha üstün bir konuşma akıcılığına sahip olur. Hareketlerinde de onu muhteşem bir aktöre dönüştüren ve yine her zamanki halini aşan bir kesinlik ve çabukluk hasıl olur. Az önce sözünü ettiğimiz, yastığını kucaklayarak çocuğunu kurtardığına inanan hasta, felçli olmasa bile normal halinde ya-

pabileceğinden çok daha büyük bir çeviklikle çatıya koşmuştur. Yazmayı bilmeyen bir hastam, somnambulizmi sırasında yazı yazabilmektedir. Bu şaşırtıcı değildir ve bu vaka hiçbir gizem barındırmaz; hasta, çocukken okulda öğrendiği ve otuz yıldır unutmuş gibi göründüğü yazmayı somnambulik durumda hatırlar.

Somnambulik hezeyanın gelişimi yalnızca şiddetli değildir, aynı zamanda kusursuz bir düzene sahiptir. Hasta performansına her başladığında aynı anlarda aynı kelimeleri tekrar eder ve aynı yerlerde aynı hareketleri yapar. Bu noktada muhteşem bir hafızaya sahip görünür; somnambulizmini belirli bir odaya uyarladığında, her bir noktada yaptığı her şeyi hatırlar; yermiş gibi yaptığı fotoğrafları hangi çekmeceden aldığını, tabanca yerine kullandığı tahta parçasını hangi masanın üzerinde bulduğunu bilir; doğrudan, tereddüt etmeksizin ve orada tam olarak ne bulmayı umduğunu bilerek o noktaya gider. Kimi zaman çeşitli somnambulizmler sırasında, hasta hikayesine baştan başlamak yerine bir önceki sefer kaldığı yerden devam eder ve tam olarak hangi noktada bıraktığını gayet net bir biçimde hatırlıyor gibi görünür. Charcot'nun somnambulistlerinden biri olan, gazeteci olduğuna inanan ve bir roman yazan hastayı hatırlarsınız; bu hasta romanından, daha sonra elinden alınacak olan iki ya da üç sayfayı yazmasının ardından somnambulizminden uyanır. Bir sonraki nöbette romanına tam olarak kaldığı yerden başlar. Düzenin ve hafızanın bu sahnelerde ne kadar önemli bir rol oynadıklarını görüyorsunuz. Buna karşılık, hastanın özgürlüğü ve istencinin bu krizlerde hiçbir payı yok gibidir, zira sahne hiçbir zaman hastanın arzu edebileceği şekilde ilerlemez. Somnambulizmi başka bir açıdan incelersek bu negatif özellik daha da çarpıcı bir hale gelecektir.

Bazı fenomenlerin muhteşem gelişimlerinin aksine, garip zihinsel boşlukları hayretle keşfederiz. Çatıda yürüyebildiği, çekmecede bir şeyler aradığı, düşünde annesinin ölmekte olduğu yatağı çok net bir biçimde görebildiği için keskin duyulara sahipmiş gibi görünen hasta, başka bir şeyi kavrayamaz gibi görünür. Popüler gözlemi çarpan ilk şey budur. Onlarla konuşursunuz, size cevap vermezler; varlığınızı hissettirmek için her yolu denersiniz, bunu hissediyor gibi görünmezler. Gözlerinin önüne soktuğunuz nesneler gördükleri düşü biraz bile değiştirmez, hatta onu durdurmaz bile. Lady Macbeth'in vakasındaki doktorun da dediği gibi, gözleri açık görünür ama düşleriyle ilişkili olma-

yan tüm tesirlere kapalıdır. Kendinizi duyurmak için hastayla birlikte düş görmeniz ve ona yalnızca hezeyanı ile bağlantılı sözler söylemeniz gerekir.

Hasta, etkisinde olduğu fikir dışında hiçbir şey algılamadığı için, o fikir dışında hiçbir şeyi hatırlamaz. Nerede olduğunu bilmez; bahsettiği zamandan sonra meydana gelen değişiklikleri unutmuştur; çoğu kez ismini bile bilmez. Hafızası da duyuları gibi dar bir çember içine hapsolmuştur.

Somnambulizm son bulur; hasta kendine gelir. Bu noktada yeni özellikleri fark edebilir ve öncekilere nasıl eklendiklerini görebiliriz. Hasta duyularına kavuşur; kaybettiği hafıza geri gelir, adını bilir, nerede olduğunu bilir ve hayatındaki her şeyi hatırlar; görünüşte önceki karakterine ve kişiliğine tekrar kavuşur; fakat hayret verici olan şey, somnambulizmin bu kişilikte bir boşluk bırakmış olmasıdır. Dramatik yönüyle bizi bu denli şaşırtan önceki tüm süreci unutmuş görünür. Üzerinde hiçbir tesiri olmamıştır bu sürecin; biraz önce sergilediği anlamsız davranışlarından ötürü özür dileme niyetinde değildir; kimi zaman odadaki kendisinin sebep olduğu dağınıklık karşısında hayrete düşer ve bunun nasıl meydana geldiğini anlayamaz. Eğer onu sorguya çeker, doğrudan sorularla hafızasını uyandırmaya çalışırsanız şu iki şeyden biri olabilir. Hezeyanı sırasında yaptıklarını hastaya ziyadesiyle açık bir biçimde tarif ederseniz, ya önceki duruma geri dönmesine neden olacak şekilde hafızasını canlandırırsınız ve tamamen o anıda kaybolur, sizin varlığınızı unutur ve tüm sahneyi tekrar canlandırır ya da daha sık görüldüğü gibi, kayıp anıyı hatırlatmada başarısız olursunuz. Neden bahsettiğinizi anlamaz. Esasında, yeniden başlayacağından yahut bir sonraki krizde tekrar ortaya çıkacağından hafızasında çok canlı ve ısrarcı bir biçimde bulunan önceki sahne, o anda bilincin tamamen dışına atılmış görünür. Bunlar somnambulizmde ortaya çıkan en önemli psikolojik özelliklerdir. Nöbet sürecinde iki karşıt özellik kendini gösterir; birincisi, belirli bir hezeyan ile bağlantılı tüm fenomenlerin ortaya çıkması; ikincisi de o hezeyanla ilişkili olmayan her hatıranın ve her duyunun kaybolmasıdır. Nöbetin ardından, normal gibi görünen durum sırasında iki farklı özellik daha belirir: normal hafızanın, duyuların ve bilincin geri dönüşü ile somnambulizme dair her şeyin tümüyle unutuluşu. Burada çok basit görünen tüm bu kavramları hatırlayalım, zira daha sonra her histerik fenomende onları göreceğiz.

III

Az önce sözünü ettiğimiz somnambulizm yasaları ve olguları uzun zamandır bilinmektedir ve genellikle bu ilginç durum üzerine yapılan çalışmaların tamamını oluşturmuşlardır. Ancak, monoideik somnambulizmi daha iyi anlayabilmek için bir başka ilginç olguyu daha fark etmemiz gerektiğine inanıyorum. Bu olgu genellikle biraz saklı kalır, fakat bazı vakalarda oldukça belirgin ve dikkat çekici hale gelir.

Somnambulizmi sırasında müthiş bir doğrulukla annesinin ölüm sahnesini canlandıran genç kızın, Irène'in[2] vakasını ele alım. Onu nöbetlerin arasındaki süreçlerde, normal gibi göründüğü dönemlerde gözlemlersek bu durumda bile daha önceki halinden farklı olduğunu fark ederiz. Hastaneye getirildiğinde akrabaları bize: "Duyarsız ve hissizleşti, kısa süre sonra annesinin ölümünü unuttu ve hastalığını da hatırlıyor gibi görünmüyor." demişti. Bu şaşırtıcı bir yorum, fakat genç kızın hastalığının neden kaynaklandığını bize söyleyemediği doğrudur, bunun nedeni üç ay önce başına gelen trajik olayı unutmuş olmasıdır. "Annemin ölmüş olması gerektiğini biliyorum," der, "çünkü birçok kez bunu bana söylediler, çünkü annemi artık görmüyorum ve yas tutuyorum; ama gerçekten çok şaşkınım. Ne zaman öldü? Neden öldü? Ben yanında olup ona bakmadım mı? Anlamadığım bir şey var. Annemi bu kadar sevdiğim halde neden ölümü için daha fazla üzülmüyorum? Acı çekemiyorum; yokluğu benim için hiçbir şey ifade etmiyormuş gibi hissediyorum; sanki seyahate çıkmış da yakında dönecekmiş gibi." Annesinin ölümünden önceki üç ay boyunca meydana gelen olaylar hakkında soru sormanız durumunda da aynısı olur. Ona hastalık, talihsizlikler, her gece uykusuz kalma, para endişeleri, sarhoş babası ile tartışmalar hakkında soru soracak olursanız, tüm bunlar zihninden silinip gitmiştir. Bu vakaya ayıracak daha fazla zamanımız olsaydı, birçok şaşırtıcı olayla karşılaşırdık; örneğin evlat sevgisi, annesine karşı duyduğu sevgi yok olmuştur. Hafızada olduğu gibi duygularda da bir boşluk oluşmuş gibi görünür. Fakat yalnızca bir hususta ısrarcıyım: Hafıza kaybı genellikle sanıldığı gibi sadece somnambulizmi, hezeyan sahnesini kapsamaz; hafıza

---

[2] Karş. "L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion," *Journal de psychologie normale et pathologique*, 1904, s. 417.

kaybı aynı zamanda o hezeyana sebep olan olayı da, hezeyanla ilişkili tüm gerçekleri ve tüm duyguları da kapsar.

Bu çok önemli nokta bahsettiğim tüm diğer vakalar için de geçerlidir. Hezeyanı süresince kendini bir aslan olarak gören He., yalnızca somnambulizm sürecini unutmakla kalmaz, aynı zamanda hezeyanın ilk sebebini, hayvanat bahçesi gezintisini de unutur. Çocuğunu kayınvalidesinin pençelerinden kurtardığına inanarak kucağındaki yastığı çatıya çıkaran Sm., bu kadınla arasında geçen tartışmaları, hastalığın başlangıcı olmalarına rağmen hatırlamaz.

Bu konuya ilişkin, somnambulizme eşlik eden geriye dönük amnezinin kanıtlandığı oldukça enteresan bir gözlemimi kaydetmiştim.[3] On dokuz yaşında genç bir kız, Lie, somnambulizm nöbetlerinde hırsızlardan ve bir yangından söz eder ve Lucien adında birini yardıma çağırır. Uyanık halde bütün bunlarla ilgili hiçbir şey bilmez ve ona söylediklerini anlattığınızda hayatında hırsızlarla, yangınla ya da Lucien ile alakalı hiçbir olay yaşanmamış gibi davranır. Hastaneye tek başına geldiğinde elimizde başka hiçbir bilgi bulunmadığı için hayali bir hezeyan yaşadığına inanmak zorunda kaldık. Yalnızca altı ay sonra, onu görmek için memleketten gelen akrabaları bizlere üç yıl önce yaşanan ve Lie.'nin sinir krizlerinin başlangıcı olan olayı anlattı. Lie. taşrada bir evde hizmetkarlık yapıyormuş; bir gece bu ev hırsızlar tarafından soyulmuş ve ateşe verilmiş; Lucien isimli bir bahçıvan da onu kurtarmış. Bu genç kızın böylesi önemli bir olayı unutması ve doktora hayatını ve hastalığın başlangıcını anlattığı zaman bundan asla bahsedememiş olması hayret vericidir. Bu olayın unutulması ile somnambulizmini kapsayan aynı konuda olağanüstü bir hafıza gelişiminin çakışması dikkate değerdir.

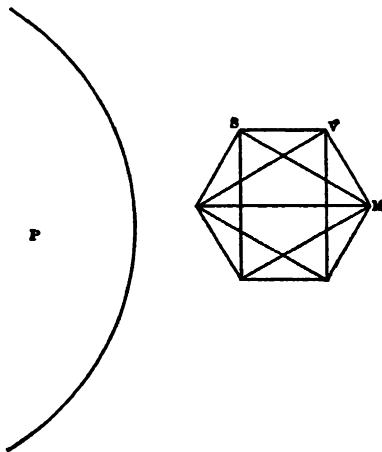
Kuşkusuz, monoideik somnambulizmde en önemli rolü oynayan unutma her zaman bu kadar net, bu kadar kusursuz değildir. Fakat kanaatimce bu unutkanlık kimi zaman saklı kalsa da daima mevcuttur ve derinliği somnambulizmin kendi derinliği ve ciddi doğası ile orantılıdır. Somnambulizmi geriye dönük bir amnezinin takip ettiği ve bunun yalnızca somnambulizmi değil aynı zamanda onunla alakalı tüm olayları ve anıları da kapsadığı kanısındayım. Bu tür somnambulizm vakalarını inceleyebilen gözlemcilerden, hastalığa eklenen bu hafıza sorunlarına büyük dikkatle bakmalarını rica ederim.

---

[3] Karş. "Névroses et Idées fixes," 1898, Cilt II, gözlem 69, s. 234.

Tüm bu olguları nasıl anlarız, zihnimizde nasıl canlandırabiliriz? Gözlemleri özetleyebilecek temel husus nedir? Size şöyle bir psikolojik yorumlama öneriyorum. Bir fikir, bir olayın anısı, örneğin, vahşi bir hayvanın düşüncesi, bir annenin ölümünün düşüncesi, tüm bunlar, birbirleriyle yakından ilişkili psikolojik olgu grupları oluşturur; belirli hareketlere yönelik her türlü eğilimden ve her türlü görüntüden oluşan, ancak güçlü bir bütünlük içinde bulunan belirli türden sistemlerdir bunlar. Zihnimizdeki bu sistemler kendilerine özgü bir güce ve gelişim yasalarına sahiptir. Ayrıca başka bir güç tarafından sınırlanmadıkları zaman gelişmeye oldukça meyillilerdir.[4]

Çizgiler tarafından birbirine bağlanarak bir tür çokgen meydana getiren bir noktalar sistemi ile bu psikolojik olgular sistemini sizlere betimlememe izin veriniz (Figür 1). S noktası ölen annenin yüzünün görüntüsünü, V noktası sesini, M noktası da cansız bedeni taşımak için yapılan hareketlerin hissini temsil eder. Bu çokgen, hastamız Irène'in zihninde ve beyninde oluşmuş düşünceler sistemi gibidir. Her nokta diğerleriyle bağlantılıdır, birini uyandırmadan diğerini harekete geçiremezsiniz ve tüm sistem kendisini azami dereceye dek geliştirme eğilimi içindedir.



Figür 1

[4] Zihinsel sistemlerin gelişme yasaları için ilk kitabıma bakınız: "L'automatisme psychologique," 1889.

Fakat, her bir fikre ilişkin bu sistemler sağlıklı zihinlerde yalnızca birer parçası oldukları çok daha geniş bir sistemle, tüm bilincimizin, tüm bireyselliğimizin sistemi ile bağlantıdadırlar. Annesinin ölümünün hatırası, hatta Irène'in annesine karşı hissettiği sevgi bile, onunla ilişkili tüm anılarla birlikte, genç kızın tüm hafızası ve tüm eğilimleri ile bilincinin tümünün yalnızca bir kısmını oluşturur. Küçük çokgenin yanındaki bu geniş P yayı genç kızın tüm kişiliğini, hayatında yaşanan her şeyin hatırasını temsil ediyor diyelim.

Normal şartlarda, sağlıklı iken, küçük sistemin büyüğü ile bağlantıda olması ve çoğunlukla ona dayanması gerekir. Kısmi sistem genellikle bütün olan sistemin yasalarına tabidir: Yalnızca tüm bilincin istemiyle ve bilincin izin verdiği sınırlar içinde çağrılır.

Somnambulizm sırasında neler olup bittiğini anlayabilmemiz için basit, geçici bir özet oluşturabiliriz. Her şey, sanki bir fikir, kısmi bir düşünceler sistemi kendini özgür kılar, bağımsızlaşır ve kendi kendine gelişirmiş gibi vuku bulur. Bunun sonucu olarak hem haddinden çok daha fazla gelişir, hem de bilinç artık onu kontrol edemez. Bu genel izah sizlere hâlâ çok muğlak ve anlaması güç görünebilir. Yine de, hem histerinin ilk fenomeni üzerindeki çalışmalarda çok net bir şekilde ortaya çıktığı için hem de nevrozun başka binlerce vakasını anlamada püf noktası işlevi göreceği için birkaç kelime ile bu hususa dikkatinizi çekmek istedim. Bu ilk izahın muğlaklığını dert etmeyin; bin farklı fenomende tam olarak aynı şeyi tekrar ettiğinizde, çok geçmeden rahatça anlayabildiğinizi fark edeceksiniz.

III
Füjler ve Poliideik Somnambulizmler

İlk somnambulizmlerin dönüşümleri ve abartılı halleri – Çeşitli füj vakaları – Füjlerin yasaları – Histerik füjlerin teşhisi – Füjler ve monoideik somnambulizmler arasındaki farklar – Poliideik somnambulizmin özellikleri ve daha basit biçimlerle ilişkisi – Hisler ve duyguların serbest kalması

Pek çok histerik rahatsızlık, az önce incelediğimiz somnambulizm türüyle doğrudan bağlantılıdır. Aynı fenomenin yalnızca hafif dönüşmüş halleridirler. Somnambulizm kimi zaman artar, belirli bir yönde gelişir; kimi zaman ise azalır, yalnızca birkaç belirti kalır ve fark edilmesi güçleşir. Fakat fenomenler yine de aynı türdendir; aynı şekilde açıklanmaları gerekmektedir ve histeriyi iyi anlamak istiyorsak, somnambulizmin bu temel halinin muhtemel dönüşümlerini bilmemiz çok önemlidir. Bugün ve bir sonraki dersimizde ilk monoideik somnambulizmimizi çok yüksek seviyelere çıkaran abartıları ve gelişimleri inceleyeceğiz. Bu yönde karşımıza çıkan ilk olgu, pek çok yazarı halihazırda cezbetmiş olan, histerinin en muhteşem fenomenlerinden biridir. Ambulatuvar otomatizm, kaçış yahut Fransızcasını kullanmaya devam edersek, füj dediğimiz histerik kaçıp gitme manisidir bu.

I

Hep yaptığımız gibi, hastalar burada gözlerinizin önündeymiş gibi olması açısından, bazı klinik vakalar göstererek başlayacağız. Böylece klinik özelliklere dair bilgiyi ve onlardan çıkarılacak genel fikri daha kolay alabileceğiz.

İşte basitliği ile dikkat çeken müthiş bir histerik füj vakası örneği. Bu vakaya ilişkin tüm açıklamayı, Profesör Raymond'la birlikte 2 Temmuz 1895'te Gazette des Hopitaux'da yayınladığımız makalede bulabilirsiniz. Hastamız, bir doğu Fransa kasabasında demiryolu memuru olarak çalışan, otuz yaşında, P. isimli bir adam. Faal ve zeki bir adam olsa da maceralı bir yaşam sürmüş

ve biraz tuhaf özellikleri olan biridir. Gençliğinde, kimi zaman gündüz ama çoğunlukla geceleri sıklıkla somnambulizm nöbetleri geçirmiştir. Dahası, ailesinde de somnambulizm eğilimleri mevcuttur; zira erkek kardeşi de uykusunda yatağından kalkıp egzersiz yapan bir noktürnal somnambulisttir. Bir gün, sözünü ettiğimiz bir hastanın yaptığı gibi, yastığını küçük bir bebek sanarak kucaklayıp çatıya çıkar. Daha önce anlattığımız somnambulizmlerle benzerlik gösteren bu vakaların üzerinde durmamın sebebi ilk bahsettiğimiz fenomenler ile bugün bahsedeceklerimiz arasında bir bağlantı oluşturmalarıdır. Bu adam, P., aynı zamanda kolaylıkla etkilenen, saplantılı fikirlere yatkın bir adamdır. Bir gün, çalıştığı noterde, doğrudan suçlanmasa da önemsiz bir şey çaldığından şüphelenilir. Hasta düşer ve çok dertlenir. Gece gündüz bu şüpheyi tartışır ve çevresindeki herkes ona bunun ne kadar önemsiz olduğunu kanıtlamaya çalışsa da o büroda daha fazla kalamaz. Üstelik, abartılı korkulara bir yatkınlığı vardır. Lorraine, Almanya'ya ilhak edildikten sonra orayı terk etmiş ve yıllar boyunca, peşinde olduklarına inandığı Alman polislerinin korkusuyla yaşamıştır. Bütün bu ayrıntılar önemlidir: Hastalarınızın önceki karakterlerini bu şekilde araştırmayı unutmamalısınız; böyle bir araştırma sonradan ortaya çıkan nöropatik hastalıkları çok iyi anlamanıza olanak sağlayacaktır. Her neyse, sözünü ettiğimiz adamın maceracı bir karakteri vardır. Güney Afrika'ya sefer yapan Crevaux harekâtına katılır ve sağlığı dolayısıyla Fransa'ya geri gönderilir. Ardından Gabon'a giden De Brazza'nın ordusuna yazılır. Şuna da dikkat etmek gerekir ki, gittiği yerde sıcak iklime has hastalıklar yüzünden zayıf düşer ve dönüşünden çok uzun süre sonra bile sıtma nöbetleri geçirmeye devam eder. Bu da gelişecek olan zihinsel zayıflığa zemin hazırlayacak kadar ciddi bir durumdur.

Fransa'ya döndüğünde, yirmi yaşındayken, bir demiryolu şirketinde iş bulur ve kısa sürede rahat koşullara erişir. Evlenir ve çok sevdiği bir çocuğu olur. Anlatacağım olay gerçekleştiğinde eşi ikinci çocuğa hamiledir. Sakin ve nispeten mutlu bir hayat sürse de P.'nin zihni huzursuzdur ve onun gibi pek eğitim almamış bir adamı hayli aşan entelektüel çalışmalara kendini adar. Demiryolundaki işlerine muhasebeyi de ekler ve dahası, almış olduğu notlardan yola çıkarak Gabon'un coğrafi portresini çıkarmaya çalışır, ki bu iş onu epey zorlayacaktır. Aile tartışmaları iyice huzurunu kaçırır; onu kıskanan erkek kardeşi bir tartışma

çıkarıp onu utanç verici ve ahlaksız davranışlarla suçlar. Bu suçlama asılsızdır ve çevresindeki hiç kimse bunu dert etmez, fakat biz onun ne kadar kolay kederlendiğini, bu konuda ne kadar hassas olduğunu ve böyle bir suçlamanın sadece düşüncesinin bile aklını kaçırmasına yol açabileceğini biliyoruz.

3 Şubat 1895'e geldiğimizde durumlar işte böyledir. Karısı onu birkaç günlüğüne terk ettiği için Nancy'de tek başınadır. Gabon üzerine yaptığı çalışmasında bir bölüm bitirir ve kısa bir mola vermek için iyi tanındığı bir kahvehaneye gider. Bir kısmını arkadaşlarıyla kahvehanede bilardo oynayarak geçirdiği bütün bir öğleden sonra boyunca, bir fincan kahve, iki bardak bira ve kahvehane sahibinin tatmasını istediği küçük bir bardak vermut içer. Gayet iyi hatırladığı bu ayrıntıları bize kendisi anlatmıştır. Ayrıca, komşularından birinin kahvehaneye geldiğini ve evde yalnız olduğu için onu akşam yemeğine davet ettiğini de hatırlamaktadır. Daveti kabul eder. Yani her şey olması gerektiği gibidir ve o sırada olanlara dair her şeyi eksiksiz hatırlamaktadır. Saat beş civarı gidip arkadaşıyla akşam yemeği yemek üzere kahvehaneden ayrılır; fakat birkaç yüz metre sonra, demiryolu hattı üzerinden geçen Stanislas köprüsündeyken, tam ortaya gelmişken (bunu da çok net hatırlamıştır), başında, sanki kafasının arka kısmına vurulmuş gibi şiddetli bir ağrı hisseder. Bu hislerden sizlere üzerinde çok duramadan bahsediyorum çünkü hâlâ yeterince açıklanmış değiller. Ancak bunların nöropatik hastalarda da aynı koşullarda meydana geldiğini bilmeniz gerekir. Kafanın arka kısmına alınan darbe hissi çoğu zaman ciddi nöbetlerin, büyük kişilik değişimlerinin karakteristik özelliğidir. Bu vakada olan da işte tam budur, zira bu olayın hemen ardından hastamızın zihinsel durumunda bir şeyler değişmiş olmalı, çünkü 3 Şubat 1985'te, yani o pazar gününün devamında ve onu takip eden günlerde olup bitenlere dair hiçbir şey hatırlamamaktadır.

Bilinci yerine geldiğinde, daha doğrusu anımsama akışının yeniden başladığı noktada durumlar aşırı derecede değişmiştir. Anımsadığı ilk şey şudur: Karla kaplı bir tarlada, yarı ölü bir biçimde uzanmakta ve kendini orada bulmaktan şaşkına dönmüş durumdadır. Sancılar içinde ayağa kalkar; tramvay hattının geçtiği bir yol bulur, hat boyunca yürür ve sonunda, güçlükle de olsa tren istasyonu yakınında kendisine yabancı bir kasabaya ulaşır. Brüksel'deki Güney İstasyonu'dur bu. Saat gece on biri gös-

terir ve gazetede okuduğu tarih on iki şubattır. Yani, şubatın üçünde, Nancy'de, kafasında bir darbe hisseder ve on ikisinde bir Brüksel semtinde kendine gelir. Bu sırada neler olduğunu, bu emsalsiz yolculuğu nasıl gerçekleştirdiğini hiçbir şekilde bilmemektedir.

Yardım istemek için telgraf çeker; gereği yapılır ve Paris'e, vakasını incelediğimiz Salpêtrière'e gönderilir. Histeri üzerine henüz öğrenmediğiniz kavramlara işaret edeceği için hafızasını nasıl canlandırdığımızı sizlere şimdi anlatmayacağım. Yalnızca, bu dokuz gün süresince neler olduğunu bilmeyi başardığımızı ve bunu şimdi füjünün hikayesine ekleyebileceğimizi söylemekle yetineceğim.

Stanislas köprüsünde, kafasında darbeyi hissetmesinin ardından, erkek kardeşi tarafından ona yöneltilen suçlamanın düşüncesiyle kendini korkuya kapılmış hisseder ve eve büyük bir kaygı ile gider. Şu anda anlatması çok uzun sürecek olan birkaç küçük olay suçluluk duygusunu arttırır ve komşusuna akşam yemeğine gitmek yerine sokaklarda dolaşarak geçirdiği akşam boyunca devamlı bu suçlamalardan kurtulmanın ve kaçıp gitmenin yolları üzerine düşünür. Eve döner, biraz para alır ve sakince evde kalmak yerine banliyöde bir otelde uyumaya gider. Ertesi sabah erken kalkar ve trene binmekten kaçınarak tarlaların arasından yürüyerek Champigneul'e gider. Oraya ulaştığında, onu tanıyan kimsenin olmadığı bir tren istasyonuna gider ve Pagny-sur-Moselle'e bir bilet alır; peşinde olduklarına inandığı kişilerden büyük bir dikkatle sakınarak Pagny'den Longwy'ye yürür. Sahiden de çok iyi saklanmıştır, zira ortadan kayboluşu fark edilir ve onu büyük bir endişeyle aramaya başlarlar. İzlenmekten kaçmak için takma isimle yabancı bir ülkeye sığınma düşüncesiyle Longwy'den trene binip Lüksemburg'a gider; oradan da Arlon'a ve sonra Brüksel'e. Brüksel'de ilk önce iyi bir otele gider ve günlerini birkaç kuruş kazanmanın yollarını aramakla geçirir. Fakat başaramaz ve zaten pek fazla olmayan birikmiş parası da erir gider. Perişan halde bir oda tutar, ardından yoksul insanların geceyi geçirdikleri şu sığınma merkezlerinden birinde kalmaya başlar. Orada, iyiliksever bir adam ona merhamet duyar ve bir hayır kurumuna girmesini kolaylaştıracak bir tavsiye mektubu verir. Bu mektup sonradan önemli bir rol oynayacaktır, zira uyandıktan sonra onu cebinde bulacak ve bu da iyileşme sürecinde geçmiş olayları izleyebilmesine ve neler olduğunu hatırla-

yabilmesine olanak sağlayacaktır. Fakat o gün bu mektuptan istifade etmez ve böylece korkunç bir yoksulluğa mahkûm olur. Hollanda Hint Adaları'nda görev yapmak üzere orduya yazılmaya niyetlenir fakat neyse ki kabul edilmez. Somnambulizm krizinin tam ortasındaki bu mutsuz adamı Hindistan'a giden bir gemide hayal ediniz. Nihayetinde, yorgunluktan ve açlıktan tükenmiş bir halde, ölmek üzere olduğuna dair belli belirsiz bir düşünce ile tarladaki kar örtüsünün üzerine uzanır.

Burada, olağanüstü bir şey, psikolojik bir olgu olarak oldukça ilginç bir şey olur. Ölmek üzere olduğunu sandığından, düşüncelerinin yönünü değiştirmeden edemez ve durumuna rağmen, karın üzerine uzanmışken, ölmeden önce ailesini görmek istediğini düşünür. Dikkat edilmelidir ki son günlerde zihnine ailesine dair hiçbir düşünce girmemiştir. Bu düşüncenin belirmesinin beklenmeyen bir sonucu olur. Birdenbire, "Fakat neden burada, ailemden çok uzakta, ölmekteyim?" diye sorar. Ayağa kalkar, artık uyanmıştır; sonrasında neler olduğunu biliyorsunuz. Yalnızca, zihinsel durumdaki bu muazzam değişimin bir düşünce sayesinde gerçekleştiğine dikkatinizi çekmek isterim.

Bu durum o kadar ilginçtir ki incelediğim bir başka vakada onu bir kez daha gözlemlememiz iyi olacak, ki bu vaka da oldukça tuhaftır. Yalnızca önemli kısımları özetleyeceğim. Bu ilgi çekici gözlemi daha detaylı okumak isterseniz, nevrozlar ve saplantılı fikirler[1] üzerine çalışmamın ikinci cildinde tam halini bulabilirsiniz. Burada sadece şu anda bizim için ilgi çekici olan olgulara değineceğim.

Hasta, 17 yaşında, Rou. isimli bir genç; nöropatik bir annenin oğludur ve kendisinin de sinirleri pek sağlam değildir, zira daha on yaşındayken daha sonraki derslerden birinde değineceğimiz tikler ve boyun kontraktürlerinden muzdarip olmuştur. On üç yaşındayken sık sık yaşlı denizcilerin gittiği küçük bir bara gitmeye başlar. Denizciler onu içmeye teşvik ederler ve biraz sarhoş olduğunda hayal gücünü çöllerin, palmiye ağaçlarının, aslanların, develerin, zencilerin en muhteşem ve en cezbedici şekilde resmedildiği güzel hikayelerle beslerler. Bu tasvirler, biraz da yarı sarhoş olmasından, genç adamı çok etkiler. Fakat sarhoşluğu geçtiğinde hikayeler de unutulur; seyahatlerden hiç söz etmez, tam aksine oldukça sakin bir hayat sürer; zira durağan bir mes-

[1] "Névroses et Idées fixes," II, s. 256.

lek olan bakkal çıraklığını seçmiştir ve yalnızca bu onurlu kariyerde yükselmeyi hedeflemektedir.

Ancak, bir yorgunluğun yahut sarhoşluk nöbetinin ardından neredeyse her seferinde pek öngörülemeyen olaylar meydana gelir. Kendini dönüşmüş hisseder, eve dönmeyi unutur ve ailesini hiç düşünmez. Paris'i terk eder, dümdüz yürüyerek St. Germain ormanının içinden yahut Orne bölgesine uzanarak epey büyük bir mesafe kat eder. Kimi zaman yalnız yürür; kimi zamansa yollarda dilenen berduşlarla. Zihninde yalnızca tek bir düşünce vardır: denize ulaşmak, bir gemiye yazılmak ve Afrika'nın o büyüleyici ülkelerine doğru yelken açmak. Yolculukları epey kötü sonuçlanır; aniden, sırılsıklam, yarı aç bir şekilde neler olup bittiğini anlayamadan, yolculuğuna dair hiçbir şey hatırlamadan, ailesine ve bakkal dükkanına geri dönmek için şiddetli bir arzu ile yol kenarında yahut bir akıl hastanesinde uyanır.

Geçirdiği füjlerden yalnızca birine, özellikle etkileyici olan ve üç ay gibi olağanüstü uzun bir müddet devam eden füje değineceğim. Mayıs ayının on beşi civarı Paris'ten ayrılır ve Melun yöresine yürür. Bu kez nihayet tasarısını gerçekleştirme ve Akdeniz'e sağ salim ulaşmanın yollarını düşünmektedir. O zamana kadar başarısızlığa uğramasının nedeni yorgunluk ve yoksulluk olmuştur hep: Mesele yola devam ederken geçimini sağlamanın yolunu bulmaktır. Aklına parlak bir fikir gelir; Melun'dan çok uzak olmayan Moret'de, neredeyse doğruca Fransa'nın güneyine doğru giden kanallar vardır ve bu kanallarda mal yüklü gemiler bulunur. Kömür yüklü bir gemiye tayfa olarak kabul edilmeyi başarır. Korkunç bir iştir bu; kâh kömür küreklemek, kâh tek arkadaşı olan Cadet isimli bir eşeğin eşliğinde halat çekmek zorunda kalır. Kötü beslenir, sıklıkla dövülür, yorgunluktan tükenmiştir; fakat inanmak zor olsa da mutlulukla ışıldamaktadır. Yalnızca tek bir şeyi, – denize yaklaşmaktan duyduğu hazzı düşünür. Ne yazık ki, gemi Auvergne'de durur ve yolculuğuna gemiyi terk ederek, çok daha zor olsa da yaya devam etmek mecburiyetinde kalır. Parasız kalmamak için yaşlı bir porselen onarıcısına çıraklık etmeye başlar. Yol boyunca çalışarak, ağır ağır yola devam ederler.

Derken, bir akşam yeniden umulmadık bir olay olur. O günün işi başarılı geçmiştir ve iki yoldaş yedişer frank kazanmışlardır. Yaşlı porselen onarıcısı R.'ye "Oğlum, iyi bir akşam yemeğini hak ettik; hem bugünkü bayramı da kutlamış oluruz

çünkü bugün Ağustos'un 15'i" der. Bunun üzerine delikanlı şuursuzca şöyle der: "Ağustos'un 15'i mi? Yani Meryem Ana Yortusu ve annemin vaftiz edildiği gün." Bu sözleri telaffuz etmesinin hemen ardından değişmeye başlar. Etrafına hayretle bakıp yol arkadaşına dönerek "Fakat sen de kimsin? Ve ben seninle burada ne arıyorum?" diye sorar. Zavallı adam şaşkına döner; kendini hâlâ Paris'te zanneden ve geçen aylara dair hiçbir şey hatırlamayan çocuğa durumu bir türlü anlatamaz. Köyün muhtarına gitmek zorunda kalırlar ve orada mesele büyük güçlükle de olsa açıklığa kavuşturulur. Muhtar Paris'e telgraf çeker ve firari oğlan evine geri gönderilir. Annesinin hatırasını aniden canlandırarak onu uyandıran bu isim füjün sonunu getiren şey değil midir?

Aynı durum birkaç kelime ile değineceğim şu son gözlemde de mevcuttur. Yirmi dokuz yaşında, noterde katiplik yapan bir genç öncekilerle aynı türden bir füj geçirir ve bir saplantının peşinden, Cezayir'e kadar gider. Oran'da bir kahvenin terasında sessizce gazetesini okurken gözlerine bir haber ilişir. Gazetede, yirmi dokuz yaşında bir noter katibinin aniden ortadan kayboluşunu ve ona ne olduğuna dair merakı anlatan bir habere yer verilmiştir. Genç adam hayretler içinde "O kâtip benim, ne olmuş olabilir ki?" diye düşünür. Kendine geldiğinde yaşadığı tuhaflığa dair hiçbir şey hatırlamaz. Üç gözlemin birbirine çok benzediğini görüyorsunuz. Önceleri bu tip vakaların pek ender görüldüğü ve her birinin farklı özelliklere sahip olduğu düşünülürdü. Gerçekte ise öyle değildir; az önce bahsettiğimiz üç vakaya oldukça benzeyen ve yine aynı özellikleri rahatlıkla fark edebileceğimiz en az yirmi vaka daha bulabiliriz.

II

O halde gelin gördüğümüz vakalardaki karakteristik özellikleri bulmaya çalışalım. Beni dinlerken sizler de histerik füj denen olay ile daha önce incelediğimiz monoideik somnambulizmler arasındaki paralelliği fark etmişsinizdir. Genel olarak temel özellikleri aynıdır ve birine uyguladığımız şu dört kuralı diğerine de zorlanmadan uygulayabiliriz. Birincisi, anormal evre sırasında abartılı bir dereceye kadar gelişen belirli bir fikir, bir düşünceler sistemi söz konusudur. Örneğin, P.'nin sekiz gün süren füjü sırasında daima kardeşi tarafından ona yüklenen suçu, bunun olası sonuçlarını ve yakalanmaktan kaçmanın yollarını düşündüğü aşikardır. Ya da genç R.'nin üç ay boyunca Akdeniz'e ulaşmanın

yolları ve oradan Afrika'ya yelken açan bir gemi bulma umudu üzerine düşünüp taşındığı açıktır. Bu tür düşünceler bir demiryolu memurunun, bir aile babasının, bir bakkal çırağının durumunu aşan şeylerdir. Bu düşünceler bazı davranışları beraberinde getirirler ve yaya olarak seyahat eden, çalışan ve güçlüklere zorlanmadan katlanan insanların dayanıklılıklarını arttırırlar.

İkinci kural da eşit derecede geçerlidir. Anormal evre sırasında daha önceki yaşantıya, aileye, toplumsal konuma ve kişiliğe ilişkin bütün düşünceler bastırılmış görünmektedir. Bu insanlar büyük olasılıkla füjleri sırasında sahte isimler takınırlar ve kendilerine kurmaca kişilikler yaratırlar. *The Journal of Abnormal Psychology*'nin üçüncü sayısında (1906) sayfa 109'da yayınlanan Bostonlı H. Coriat'ın makalesinde bu son hususa ilişkin ilgi çekici bir gözlem bulabilirsiniz. Önemli olan nokta bu insanların gerçek kişiliklerini unutmalarıdır. Uyanma fenomeni bunu ziyadesiyle teyit eder. Ailelerine, gerçek isimlerine, önceki benliklerine ilişkin bir düşünce, rastlantısal bir olay vasıtasıyla zihinlerine geri geldiğinde başka bir düşünceler sistemine girer ve uyanırlar. Bu da anormal evre sırasında bu hatıra kategorisinin uyandırılmadığını kanıtlar.

Nöbet ya da anormal evre süresi dışında, normal dediğimiz süreçte (ki bunun tam anlamıyla böyle olmadığını tahmin etmişsinizdir), iki zıt kural geçerlidir. Füjün hatırası olağanüstü bir şekilde kaybolmuştur. Fakat, aynı zamanda füj sırasında hâkim olan fikir ile ilişkili bütün duygular ve düşünceler de neredeyse büsbütün yok olmuştur. Daha önce de belirttiğim gibi, genç R. şeker ve kahve ticareti ile yakından ilgilenen, yalnızca pazar günleri annesiyle birlikte Saint-Cloud festivaline gitmeyi düşleyen ve maceraperest bir denizcinin hiçbir merakını bünyesinde barındırmayan örnek bir bakkal çırağıdır. Seyahat özlemi devamlı hissettiği bir şey değildir, hatta ona füjlerinden söz edildiğinde çok üzülür. Tekrar başlamalarından korkar; zira onlardan kurtulmak için yardım istemek maksadıyla hastaneye kendiliğinden gelmiştir. Bu husus üzerinde özellikle durmak istiyorum. Eğer bu genç her zaman denizaşırı seyahatlere ilgi duyuyor olsaydı -ki bu gayet de olabilirdi-, füjlerinden rahatsızlık duymazdı; eğer başarılı olmuş olsalardı bu seyahatlerin kendisi için faydalı olabilecekleri düşüncesine kendini bırakırdı. Fakat bundan epey uzaktır, çünkü normal hayatı sırasındaki duyguları füj sürecindeki duygularından çok farklıdır. Aynı durumu demiryolu memuru P.'nin

vakasında da gözleyebilirsiniz. Uyanıkken kardeşi tarafından ona yüklenen suçtan kesinlikle aynı şekilde bahsetmez; bunda hiçbir doğruluk payı olmadığını fark etmekle kalmayıp aynı zamanda hiçbir önemi olmadığını hisseder. Ev halkını üzmeye ya da konumunu tehlikeye atmaya değecek bir şey olmadığını düşünür. Burada, açıkça, Irène'in annesinin ölümünü kapsayan amnezisini ve annesine duyduğu sevginin ortadan kayboluşunu hatırlatan bir şey vardır.

Son olarak, normal evrede, kriz sürecinde bastırılmış olan psikolojik fenomenlerin gelişimi ile karşılaşırsınız: tüm varoluşun hatırlanması, mevcut olayları algılama ve kişiliğe dair doğru bir kanı. Kısacası, somnambulizmin dört karakteristik kuralının bu gibi vakalarda geçerli olduğunu görüyoruz. Buna bir de bu füjlerin P. vakasında olduğu gibi halihazırda somnambulizm nöbetleri geçirmiş bireylerde görüldüğünü eklersek; ya da Rou.'da da görüldüğü gibi bu bireylerin somnambulik haller sahnelemeye yatkın olduklarını düşünürsek, bu iki hadiseyi bir araya getirip füjlerin bir çeşit histerik somnambulizm olduğunu söylemek daha da makul görünmektedir.

Bu özetin ve teşhisin üzerinde biraz daha durmalıyız. Kanaatimce bu füjler iki nedenden ötürü histerik somnambulizmler arasında yer almalıdır. Birincisi, histerik somnambulizmin bilinen tüm temel özelliklerini füjlerin gösteriyor olmalarıdır. Bir sonraki derste somnambulizmin yeni bir özelliğini; yapay olarak yeniden üretilebildiğini ve bu yapay yoldan meydana getirilmiş somnambulizmde, ilk anormal evrenin yani doğal somnambulizm nöbeti anısının bütünüyle yeniden ortaya çıktığını öğreneceksiniz. Şimdilik yalnızca kısaca değindiğim ve birazdan detaylıca irdeleyeceğimiz bu yeni özellik şu anda incelediğimiz füjlerde de tümüyle görülebilir. Son füjünden uyandıktan epey sonra, neler olup bittiğine dair hiçbir şey hatırlamadığı bir zamanda genç Rou. yapay somnambulizme sokulabilir ve bu sayede bize şaşırtıcı bir kesinlikle kömür yüklü gemideki tüm maceralarını, beraber halat çektikleri Cadet ismindeki eşek ile dostluğunu anlatabilir. Tüm bu özellikler, bilhassa da sonuncusu, füjlerde görüldüğüne göre bu olguyu, tüm psikolojik kategorileri karmaşıklaştırıp, bozmadan histerik somnambulizmden ayrı sınıflandırmak bana oldukça güç görünüyor. Yalnızca füje benzettiğiniz bir vaka, incelenmesi gereken başka özellikler de gösterdiği zaman başka bir sınıflandırma yapabilirsiniz.

Üzerinde durmamız gereken ikinci neden ise bu şekilde nitelendirilen füjlerin genellikle daha önceden histerik olarak bildiğimiz rahatsızlıklarla bağlantılı başka vakalar yaşamış ya da daha sonra yaşayacak olan bireylerin hayatlarında görülmesidir. Kısaca söylemek gerekirse, bu tür füjler genellikle histerik insanlarda görülür. Bu husus, bir dizi ilginç tartışmaya neden olmuştur. Bu tartışmaları, Boston'dan Dr. J. M. Courtney'nin *The Journal of Abnormal Psychology*'nin Ağustos 1906 sayısındaki makalesinde (s. 123) okuyabilirsiniz. Bu yazar, önceden epileptik nöbetler geçirmiş olan kişilerde – yani epileptik insanlarda – görülmüş bir dizi füj vakası sıralamıştır. Gözlemler üzerine tartışırken çok dikkatli olmak ve bu füjlerin öncekilerin özelliklerine sahip olup olmadıklarını iyi incelemek gerekir. Füjlerden önceki nöbetleri, epilepsi nöbetlerini de tam olarak saptamak gerekir. Şahsen, bu teşhislerden kuşku duyduğumu ve Dr. Courtney'nin ilgi çekici makalesinde yer verdiği vakalardaki epilepsi teşhislerinden emin olamadığımı söylemeden edemeyeceğim. Fakat neticede, önceki tüm özelliklere sahip gerçek bir füj vakasını, aynı zamanda epileptik olan bir bireyde gördüğünüzde, nasıl bir sonuca varırsınız? Nevrozlar birbirlerini dışlayan sabit oluşumlar değildir, yalnızca olayların belirli bir şekilde sınıflandırılmasından oluşmuş kavramlardır. Bana sorarsanız, genellikle ağır hasta olan ve ciddi epileptik nöbetler geçiren bu kişinin günün birinde epileptik yerine daha ziyade histerik olan daha hafif bir atak geçirdiği sonucuna varabiliriz yalnızca. Bu sıklıkla görülen bir şeydir ve histerik somnambulizm ile füj vakaları arasında az önce yaptığımız mühim kıyaslama ile de tutarlıdır.

Yine de kendimizi aldatmamamız ve aradaki farkları ayırt etmemiz icap eder. Öncelikle, anormal evre sırasında gelişen düşünce katiyen monoideik somnambulizm sırasında gelişen kadar güçlü değildir; davranışları yönlendirdiği doğru fakat monoideik somnambulizmde olduğu gibi halüsinasyonlar ve hezeyanlar meydana getirmez. Irène intihar etme ve kendini trenin önüne atma fikrine kapıldığı zaman demiryoluna gidip gerçek bir intihara kalkışmaya sabrı yoktur; derhal bir demiryolu halüsinasyonu görür ve fazla uzatmadan odanın zeminine uzanıverir. Bu farkı unutmayınız: Füjde hakiki bir halüsinasyon yoktur. Düşüncenin gelişmesi bu denli şiddetli değildir. İkinci ve en karakteristik özellik ise düşüncenin somnambulizmdeki kadar yalıtılmış vaziyette olmamasıdır. Hatırlayacağınız gibi, somnambulistleri-

miz zihinlerinde kök salmış düşünceye ilişkin olmayan hiçbir şey görmez yahut duymazlar ve bu başka türlü olamaz; zira eğer Irène odadaki yatakları görseydi ya da benim sesimi duysaydı tren yolunda tek başına olduğuna inanmazdı. Buna karşılık, füj hastaları sorunsuz bir şekilde seyahat edebilmeleri için birçok şeyi algılamaya ve hatırlamaya ihtiyaç duyarlar. "Füjlere ilişkin en muazzam şey" der Charcot, "bu insanların yolculuklarını en başında polisin durdurmayı becerememiş olmalarıdır." Gerçek şu ki, bu insanlar tümüyle hezeyan içindeki kaçıklardır; fakat yine de tren bileti alırlar, otellerde yemek yer ve uyurlar, bir dizi insanla iletişim kurarlar. Kimi zaman bize biraz tuhaf bulundukları, saplantılı ya da dalgın göründükleri söylenir; fakat sonuçta kaçık insanlar olarak yaftalanmazlar. Buna karşılık, Irène annesinin ölümünü düşlerken sokakta iki adım atsa derhal akıl hastanesine götürülürdü. O halde gördüğünüz gibi bilinç düzeyi hiç de aynı değildir ve zihin yalnızca bir düşünceye indirgenmiş halde de değildir. Normal olarak adlandırılan evreye ilişkin de aynı şeyi söyleyebiliriz: Füj tamamıyla unutulur fakat yol gösteren düşüncenin ve onunla bağlantılı olan duyguların unutulması daha az belirgindir; normal benliğin yerine gelmesi ise daha eksiksizdir.

Aradaki farkın kısaca şöyle açıklanabileceği kanaatindeyim: Füj, monoideik somnambulizmden çok daha uzun sürer. İlki aylar sürerken, ikincisi en fazla birkaç saat sürer. Bir füjün normal evreye yaklaşacak ve somnambulizm karakteri iyice azalacak kadar uzun sürmesi gereklidir.

III

Monoideik somnambulizmin histerik füje dönüşümünü, bu kademeli azalmayı anlayabilmemiz için nispeten arada bir noktada bulunan zihin durumlarını incelememiz gerekir, ki bunlar bizi tipik somnambulizmin dönüşümlerini anlamamız için hazır hale getireceklerdir. İsminden de anlaşılacağı üzere barındırdığı düşüncelerin çokluğu ile monoideik somnambulizmin zıttı olan *poliideik somnambulizmleri* kastediyorum.

Somnambulizmin bir düşünceden birkaç düşünceye nasıl geçtiğini anlamanız için bir örnek yeterli olacaktır. Leg., hareketli bir hayat sürmüş, zihnine hasar verebilecek ve zihnini sonradan somnambulizmlere neden olan saplantılarla doldurabilecek bir-

çok trajik macera yaşamış histerik bir kadındır. Bir gün, regl dönemindeyken, sevgilisinin masasını karıştırır ve şüphelerini doğrulayan, aldatıldığını ispatlayan bir mektup bulur. Büyük bir hiddete kapılır, elbette regl kanaması durur ve monoideik somnambulizm biçiminde, sürekli aynı sahneyi canlandırdığı bir hezeyan nöbeti geçirir. Başka bir gün, sevgilisiyle yürüyüş yaparken şiddetli bir fırtınadan afallar ve çok yüksek sesli bir gök gürültüsünden korkar. Görünüşe göre sevgilisi pek cesur çıkmaz ve ona güven vermek yahut sığınak bulmak konusunda başarılı olamaz. Bu olayın ardından sevgilisine çok öfkelenir ve gök gürültüsünü duyma, bayılma ve sevgilisiyle tartışma sahnelerini canlandırdığı şiddetli bir somnambulizm nöbeti geçirir. Bu da oldukça basit ve kurala uygundur. Şimdi üçüncü hikâyeye geliyoruz. Bir gün yine regl dönemindeyken, bir tabanca çalar, yol kenarında pusu kurar ve içerisinde sevgilisi ile hasmının olduğu bir arabanın geçmekte olduğunu görür. Onlara ateş eder ve tekrar bir hezeyan nöbetine girer. Sonucun hep aynı olduğu başka şeyler de gelir başına.

Bütün bu olanlar neticesinde hastaneye kabul edilir ve neredeyse her gün, en ufak bir vesile ile hezeyan nöbetlerine girer. Bu nöbetler, rastgele, maceralarından birinin anlatılması ya da canlandırılmasıyla başlayıverir. Bitkin bir görünüşü vardır; titrer ve şiddetli bir dehşetle ellerini yüzüne götürür. Şimşek çakıyormuş gibi gözlerini kapatır ve fırtına sahnesini canlandırır; sonra, aniden, uyanmaksızın yüzü başka bir ifade takınır. Anahtarları arar gibi görünür, çekmeceler açar, mektuplar okur ve öfke çığlıkları atar. Son olarak, elleri hayali bir tabancayı kavrar, çok kızgın bir havayla pencereden bakar, tetiği çeker ve tekrar bir bayılma nöbetine girer. Bu üç sahne ve benzer başka sahneler tekrar tekrar başlar ve her zaman aynı sırayla olmasa da birbirini takip eder. Bunun saatlerce sürdüğü olur. Bu yine somnambulik bir durumdur. Zihin, aynı şekilde, bir düşünce üzerine yoğunlaşır ve dışarıdaki her şeye kapalı hale gelir. Fakat düşünceler birden fazladır ve algıların ve anıların aynı olmadığı farklı sahneler meydana getirirler. Somnambulizmin bütünlüğü bozulmuştur; bu üç ya da dört düşünceyi bir araya getirip tek bir nöbete dönüştüren, fikrin kendisinde yabancı bir şeyler bulunmaktadır.

Aynı karakter, daha karmaşık bir biçimde, poliideik somnambulizmin başka bir formunda da gözlenebilir. Yirmi yaşındaki genç kız Ra.'nın görece basit gözlemini başlangıç noktası

olarak alalım. Bu genç kız, anlaşıldığı üzere, bir meyhanecinin yanında iş bulur; fakat adam oldukça zalimdir, kızı döver ve ondan her şekilde istifade eder. Genç kız adama tiksintiyle bakar ve meyhanede başından geçen sahneleri tekrar tekrar canlandırdığı hezeyan nöbetleri geçirir. Bunlardan ilki bir tecavüz sahnesidir; kız çığlık atar ve gaddar adama direnir. Buraya kadar bu bir monoideik somnabulizmdir. Fakat odada koşarken bir süpürge bulur. Derhal alır ve yüzünde hâlâ aynı dehşet ifadesi varken tecavüz sahnesini hiç düşünmüyormuş gibi görünerek odayı süpürmeye başlar. Başka bir seferinde bir el arabası bulur ve onu avluda saatlerce sürer. El arabası sürme eyleminin tecavüz düşüncesiyle bir bağlantısı olmadığı açıktır. Gördüğünüz üzere bu, düşüncelerin daha önceki somnambulizmlerin anılarından değil kişinin hâlâ algılayabildiği dışarıdaki nesnelerin izleniminden etkilendiği poliideik somnambulizmin ikinci türüdür.

Üçüncü bir tür olarak düşünce değişiminin daha da kolaylıkla, yalnızca düşünceler arası çağrışımlarla gerçekleştiği somnambulizmleri gösterebilirim. 1874'te anlatılmış olan Mesnet somnambulistinin ilginç hikayesini tekrar okuyunuz. Bu adamın, edindiği izlenimlere göre sırayla askeri yaşamdan sahneler canlandırdığı, ardından müzik çaldığı yahut kendini bir hizmetçi olarak gördüğü oldukça değişken bir somnambulizmi vardır. Bir çağırışımdan uyanan düşünce, bir sahneye dönüşür ve bu da bir başkasını, sonra bir üçüncüyü uyandırır ve bu şekilde süresiz olarak devam eder. Dolayısıyla somnambulizmler kimi zaman oldukça karmaşıktır ve görünüşe göre birçok farklı düşünce ile doludur.

Öte yandan bu somnambulizmler arasındaki bütünlüğü sağlayanın ne olduğunu kendimize sormamız gerekir. Monoideik somnambulizm vakalarında gayet basit olan genel kuralı buraya da uyarlamamız mümkün müdür? Bu vakaları birkaç kelimeyle özetlemiştik. Bilincin bütününden ayrılıp bağımsız bir gelişim gösteren basit bir düşünce, bir imgeler sistemi vardır. Bu iki şeye yol açar: amnezi olarak görülen genel bilinçteki boşluk ve serbest kalan düşüncenin abartılı ve bağımsız gelişimi. Burada bu türden bir şey, belirgin bir düşünce ya da kendini bilinçten ayıran belli bir sistem bulamıyoruz; bu somnambulizmi birçok farklı düşünce nitelendirir gibi görünmektedir.

Güçlüğün yalnızca yüzeyde olduğu ve fenomenin özünde aynı kaldığı kanaatindeyim. Bilincimizde pek çok psikolojik sis-

tem mevcuttur ve bunlar kendilerini her zaman aynı biçimde göstermezler. Kuşkusuz en basit sistemlerden bir tanesi bir olaya ilişkin düşüncedir. Birinin annesinin ölümü fikri, açıkça bastırılabilecek yahut ayrı şekilde gelişebilecek iyi tanımlanmış bir sistemdir. Fakat, birçoğunu incelemek zorunda olduğumuz daha muğlak sistemler de var. Şimdilik yalnızca duygu ya da his olarak adlandırılan düşünceler ve eğilimler sistemine dikkatinizi çekiyorum. Bir düşünce kadar net değildir bu, ancak yine de bir bütünlüğü vardır. Yüz kızartıcı bir suçla suçlanmanın korkusundan doğan duygu, uzak ülkelere merak duygusu, sevgiliye duyulan aşk ve kıskançlık duyguları, nefret edilen efendiye bağlılık duygusu – tüm bunlar kelimelerle ifade etmenin her zaman kolay olmadığı, tam olarak bir düşünce olmayan, birçok farklı düşünce barındıran fakat yine de bir zihinsel bütünlüğe sahip düşünce sistemleridir.

İşte poliideik somnambulizmlerde ve füjlerde çözülme tam da bu daha ciddi duygudan doğar. Bütünüyle bir duygudur bu, genel bilinçten ayrılmış ve bağımsız bir şekilde gelişerek bu tuhaf hezeyanları meydana getiren az çok belirli bir duygu. Bir karmaşıklık bu olguları somnambulizmden farklı bir hale getirir, fakat biz onlara aynı genel yasayı ve aynı izahı uygularız.

IV
Çift Karakterlilik

Bu nadir görülen vakalar üzerine yapılan çalışmaların önemi – Çifte varoluşun ilk tipi, "MacNish Hanımı" – Çift taraflı somnambulizmler – Amnezi tasvirinin grafik metodu – Çifte varoluşun ikinci tipi, Felida X. – Hükmedici somnambulizmler – Karmaşık vakalar grubu – Yapay çifte varoluş vakası – Farklı evrelerin doğru isimlendirilişi – Zihinsel seviyenin dalgalanması ve bir zihinsel faaliyet durumunun çözülmesi

Histerinin temel fenomeni olarak kabul ettiğimiz somnambulizmler, çifte varoluşlar ve çifte karakterler olarak adlandırılan durumu meydana getirecek müddette sürdüğünde ve karmaşıklaştığında, bilimsel açıdan büyük öneme sahip yeni dönüşümler ortaya çıkarmaya eğilimlidirler. Klinik ya da pratik yerine bilimsel önemine değindim, zira bu fenomen, yekûn olarak oldukça ender görülmektedir ve pratikte bununla meşgul olmanız pek olası değildir. 1894 yılında, New Yorklu ünlü nörolojist M. Dana, gözlemlenmiş olan en net vakalar üzerine *Psychological Review* sayfa 570'te, kapsamlı bir çalışma yayınlamış ve yalnızca on altı tane vaka sıralamıştır. Dr. Morton Prince, *Journal of Abnormal Psychology*'nin son sayısında, sayfa 186'da en çarpıcı özelliklerini tasvir ettiği yirmi vakadan oluşan iyi bir tablo sunmuştur. Bugün toplam yirmi beş yahut otuz vaka olduğunu varsayarsak, bu muhakkak bilinen vakaların toplam sayısı eder. Bu tür vakalara pratikte sık rastlanmaz; fakat bunun önemi büyüktür. Bu vakaların bu denli abartılı olmaları önceki evreleri daha iyi yorumlamamıza izin verir ve histeri teorisine ilişkin bilgilerimize etkili bir şekilde katkıda bulunur. Bu meselenin ayrıca sizler için milli bir önemi de vardır. Bir sebepten -bu sebebin ne olduğunu şahsen bilmiyorum- kayda değer vakaların çok büyük bir kısmı Amerika'da görülmüştür ve buna en dikkate şayan çalışmaları adamış olanlar da aralarında MacNish, Wood, Weir Mitchell, Dana ve yakın zamanda şehrin en büyük doktorlarından biri

olan Dr. Morton Prince gibi isimlerin bulunduğu Amerikan doktorlarıdır.

Başlangıç düzeyi bir derste bu fenomenin farklı biçimlerini ve sunulan çeşitli teorileri tartışamayız. Bu konu için sizi Dr. Morton Prince'in 1906 tarihli son kitabı "Dissociation of a Personality" ve B. Sidis ile Goodhart tarafından 1905'te yayınlanan "Multiple Personality" isimli kitaba yönlendiriyorum. Bu çalışmalarda benim girmeyeceğim her türden psikoloji tartışmalarını bulacaksınız. Böylece ben de yalnızca üç tipik biçimi size tanıtmak ve çok sayıda ilginç özellik gösteren bu yeni olguların önceki somnambulizmlerle hangi şekilde bağlantılı olduğunu birkaç kelime ile göstermekle yetineceğim.

I

Çifte varoluşların bu türü bize Dr. MacNish tarafından 1831 yılında "Philosophy of Sleep" başlığıyla yayınlanan çalışmadaki, tarihi olmaktan ziyade efsanevi olan ünlü bir vaka vasıtasıyla ulaştı. Görünüşe göre bu çalışmadaki gözlem daha da eskiye tarihleniyor, zira olay esasında Mitchell ve Elliot tarafından 1816'da gözlemlenmiştir.[1] Bu da bu gözlemin oldukça eski ve muğlak olduğunu göstermektedir. Belki de olayın bizi şaşırtan ve günümüzdeki gözlemlerde artık bulamadığımız bir sadelikle sunulmasının nedeni budur. Çokça tekrar ettiği için olay epey basitleşmiş olmalı. Her nasılsa, işte "MacNish Hanımı" olarak bilinen kadının kısaltılmış hikayesi.

İyi yetişmiş, iyi eğitimli, iyi bir bünyeye sahip bir genç hanım, önceden hiçbir işaret vermeden, birdenbire, normalden birkaç saat uzun, derin bir uykuya dalar. Uyandığında, bildiği her şeyi unutmuştur; hafızası adeta bir *tabula rasa* gibidir; ne sözcükleri ne de herhangi bir şeyi hatırlar; ona her şeyi yeni baştan öğretmek icap eder. Bu nedenle, yeniden okuma, yazma ve saymayı öğrenmek mecburiyetinde kalır. Yavaş yavaş çevresindeki ilk kez gördüğünü zannettiği insanlara ve eşyaya aşina olmaya başlar. Hızlı ilerleme kaydeder. Uzun bir müddet sonra, bilinen hiçbir sebep yokken, yeni hayatını başlatan o uykuya benzer ikinci bir uykuya dalar. Uyandığında kendini tam olarak ilk uykusundan önceki halinde bulur. Fakat o arada olup biten hiçbir şeyi anımsamaz. Başka bir deyişle, eski durumdayken yeni duruma

[1] "The Medical Repository," 1816.

dair her şeyden habersizdir. Böylelikle, hafıza vasıtasıyla ayrı ayrı ve dönüşümlü olarak sürdürdüğü iki farklı hayata sahip olur. Genç kadın dört yıldan fazla bir süre boyunca bu fenomenleri neredeyse periyodik bir biçimde sergiler. Evrelerden birinde, tıpkı iki farklı insanın birbirlerinin mizacını hatırlamayacağı gibi, öteki evredeki karakterini hatırlamaz. Örneğin, bir evrede çocukluk ve gençliğinde edinmiş olduğu bütün bilgileri hatırlarken öteki evrede yalnızca ilk uykusundan sonra öğrendiklerini hatırlar. Evrelerden birinde ona biri tanıştırıldığında, öteki evrede bu kişiyi tanımaz. Bu kişiye dair bütünlüklü bir fikir edinebilmesi için onu her iki durumda da inceleyip tanıması gerekir. Bu her şeyde böyledir. Eski durumunda her zaman sahip olduğu oldukça güzel bir el yazısı varken, yeni durumunda el yazısı kötü, biçimsiz ve çocuksudur; çünkü geliştirmek için ne zaman ne de imkân bulur. Yukarıda da belirtildiği gibi bu fenomenlerin birbirini izlemesi dört yıl sürmüş ve Bayan X. buna alışıp ailesiyle ilişkisini sürdürmeyi başarmıştır.[2]

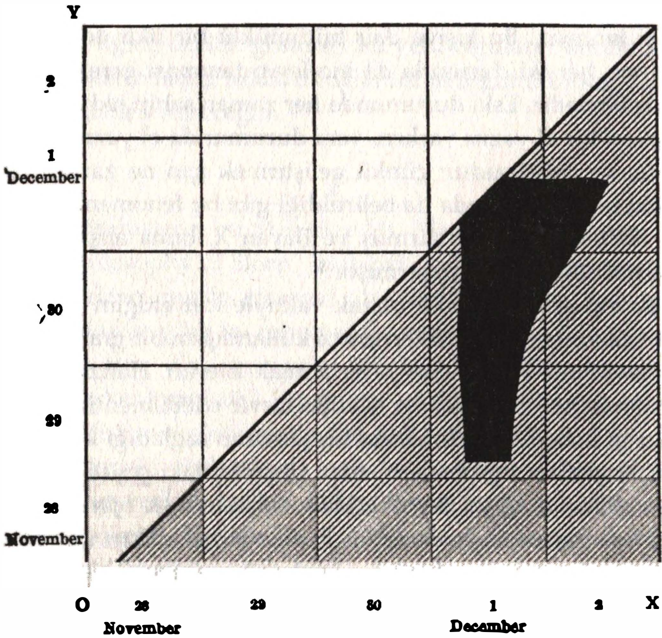
Bu vakayla bağlantılı olarak vaktiyle icat ettiğim ve Fransız öğrencilerime ders verirken çokça kullandığım bir grafik metodu sizlere sunma fırsatından yararlanmak isterim. Hafızanın çeşitli bozulmalarını çok basit bir şekilde tasvir edebilmemizi ve farklı türlerini kolaylıkla görmemizi bu şemanın sağladığı kanaatindeyim. Kuşkusuz tıp derslerinizden organlardaki çeşitli lezyonları ve özellikle duyusal bozuklukları tasvir etmek için kullanılan küçük şemalara alışkınsınızdır. Hafıza bozuklukları için bu türden şemalar mevcut değildi, zira bunların tasvirinde başa çıkmak zorunda olduğumuz bir hayli güçlük vardır. Sahiden de hatırlama yahut unutma için eş zamanlı tasvir edilmesi gereken iki farklı şey vardır. İlk olarak hatırlamanın mevcut olduğu zamanı düşünmeliyiz: Örneğin, çifte bilinç üzerine yapılan çalışmaları bugün hatırlıyorum; hatırlamanın belirdiği tarih bugün. Aynı zamanda hatırlamanın işaret ettiği geçmiş dönemi de dikkate almamız gerekir; bugün yani 1906'da, Boston'a 1904'te gelmiş olduğumu hatırlıyorum; bu tarih, hatırlamanın işaret ettiği zaman dilimidir. Bu iki şeyi eş zamanlı olarak tasvir etmek için, 1898 tarihli *Névroses et Idees Fixes* isimli kitabımın birinci cildinde, sayfa 124'te açıkladığım aşağıdaki şemayı öneriyorum.

Figür 2, 3, 4 ve 5'teki yatay OX doğrusu, soldan sağa, yaşamın

---

[2] Bu vakaya ilişkin, bakınız Azam, "Les altérations de la personalité," *Revue scientifique*, 1883, II, s. 616 ve "Hypnotisme et double conscience," 1893, s. 136.

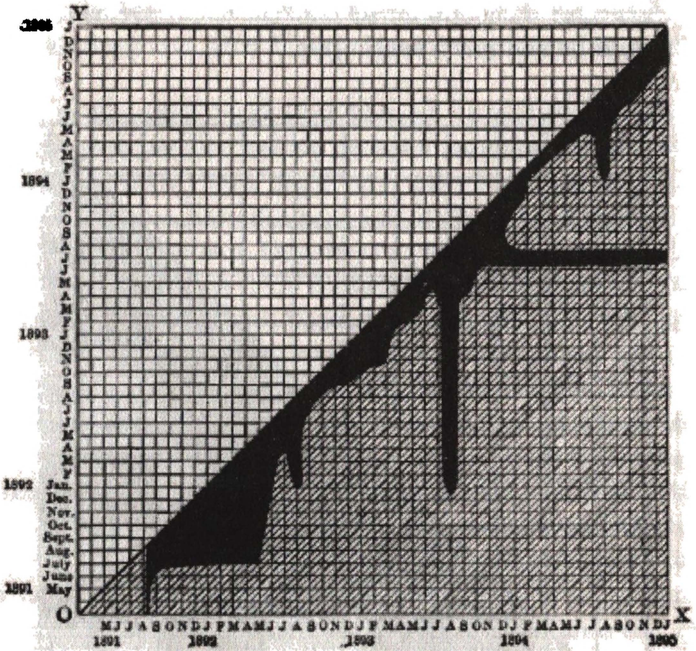
farklı dönemlerini meydana gelme sırasına göre belirtir. Hatırlamaları ortaya çıktıkları anlarda bu doğruda işaretleriz. Dikey OY doğrusu, aşağıdan yukarı, aynı dönemleri hatırlama olarak, temsil olarak tasvir eder. Yatay çizginin her bir noktasında, hatıraları temsil eden dikey çizgiye dik bir paralel çizeriz ve bu paralelin boyu şu veya bu anda kişinin hatıralarının sayısını temsil eder.



Figür 2. Geriye dönük amnezi vakası şeması: Kaempfen vakası, 1835.

Bu uzunluk yaşam devam ettikçe doğal olarak arttığı için ve kişi teorik olarak daha fazla şey hatırladığı için, normal hafıza, tabanı yatay OX doğrusu olan ve O noktasından çizilen verev ile oluşturulan bu üçgen ile temsil edilir. Eğer unutmaları, amnezileri tasvir etmeniz gerekirse, bunun gerçekleştiği tarihi gösteren noktanın üzerinde siyah bir bölge işaretlersiniz ve bu siyah bölgenin boyu da unutulan hatırlamayı dikey doğruda karşılayan paralel ile belirlenir. Çok karmaşık olmayan bu figür, bütün olarak, farklı amnezileri çok net ve çarpıcı bir şekilde tasvir etmemize olanak tanımaktadır.

Örneklemek maksadıyla ve klinik çalışmalarda çok faydalı olan bu şemalara gözlerinizi alıştırmak için, pratikte karşılaşacağınız daha olağan amnezi biçimlerini tasvir eden çeşitli figürler göstereceğim. Nöroloji ve psikiyatri hocalarınızla fiziksel yahut ruhsal bir şokun ardından başlayan ve ondan önceki tüm anıları silip atan geriye dönük amneziyi (Figür 2) incelemişsinizdir. Yaşam devam ederken yaşananların anılarını mütemadiyen silen sürekli amneziyi de (Figür 3) bilirsiniz.[3] Gördüğünüz gibi şemanın genel yapısı oldukça farklıdır ve bu, iki hafıza hastalığı arasındaki farkları ortaya koymaktadır.



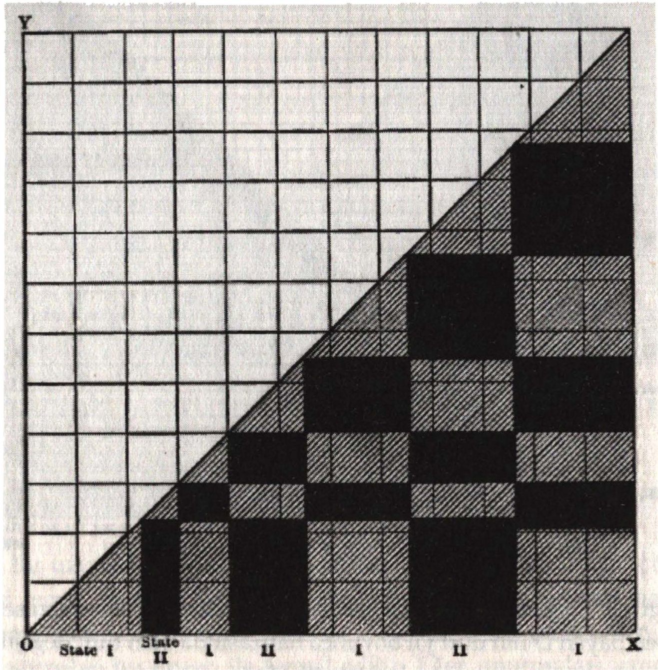
Figür 3. Bu şema, bir duygu şokunun ardından *sürekli amnezi* sergileyen Bayan D'nin dört yıl boyunca hafızasında olan tüm değişiklikleri temsil eder.

Artık bu tasvir yöntemini üzerinde çalıştığımız çifte varoluşlara uygulayabiliriz. Figür 4'te "MacNish Hanımı" vakasını tas-

---

[3] Bakınız "L'amnésie continue," *Névroses et Idées fixes*, 1898, I, s. 109.

vir eden bir grafik çizdim ve görüyorsunuz ki oldukça karakteristik bir şema bu. Siyah ve beyaz karelerin birbirini takip ettiği bir tür satranç tahtasını andırıyor. Bu emsalsiz olayda unutmaların ve hatırlamaların aynı şekilde oldukça düzenli bir biçimde birbirini izlediğini fark edeceksiniz. Bir numaralı durumda, "MacNish Hanımı", iki numaralı durumu hiç hatırlamaz; iki numaralı durumda da bir numaralı durumu hatırlamaz. Bir numaralı duruma geri döndüğünde, bu durumdan başka hiçbir şeyi hatırlamaz. İki numaralı duruma döndüğünde de aynısı olur. Bu hastalıkta, şemanın satranç tahtası şekliyle gayet iyi sergilediği ve bu tip hastalara özgü kusursuz bir birbirini izleme hali vardır. Somnambulizmlerin bu şeklini "çift taraflı somnambulizmler" olarak adlandırmayı önermiştim.[4]



Figür 4. "MacNish Hanımı" vakasındaki çift taraflı somnambulizmlerin şeması.

[4] Çift taraflı somnambulizmler için bkz.: "L'état mental des Hystériques," 1894, II, s. 197; "The Mental State of Hystericals," İ ngilizce çeviri: C. R. Corson, New York, G. P. Purnam's Sons, 1901, s. 419.

Bunun kadar basit biçimli çifte varoluşlar epey ender görülür. Kişinin anormal varoluşunda normal varoluşunu bütünüyle unutması, ya da normal varoluşundayken öteki dönemi aynı şekilde unutması nadiren gerçekleşir. Yaşamın birbirini takip eden ve birbirini bilmeyen iki döneme bu denli mutlak bir biçimde ayrılması oldukça istisnai bir durumdur: Yalnızca az sayıda vakayı "MacNish Hanımı" vakası türüyle ilişkilendirebiliyoruz. Dana vakası belki de bu türden sayılabilir fakat her halükârda bu hastalık çok daha kısa sürmüştür. Charcot'nun eserlerinin son iki cildinde bulabileceğiniz ve Guinon tarafından da aktarılan iki vaka, Marguerite D. ve Habillon vakaları bu türe yakındır. Fakat kanaatimce MacNish vakasına en yakın modern vaka Dr. Weir Mitchell tarafından 1888'de yayınlanan Mary Reynolds'un hikayesidir.[5]

Mary Reynolds, biraz içine kapanık ve melankolik olsa da sağlığı açıkça yerinde, zeki ve sakin bir çocuktur. Sinirsel rahatsızlıklar, on sekiz yaşına doğru biraz uzun süren bir baygınlıkla başlar; bu durum, ardından beş ya da altı hafta körlük ve sağırlık yaşamasına neden olur. Duyma yetisi birdenbire geri dönerken, görme yetisi zamanla fakat nihayetinde tamamen döner. Daha sonra inceleyeceğimiz bu duyusal rahatsızlıklar üzerinde şu an durmamız gerekmez. On sekiz ila yirmi saat süren ikinci bir baygınlığın ardından, görünüşte tüm duyuları sağlam olarak fakat önceki tüm hayatını ve edindiği tüm bilgileri unutmuş olarak uyanır; bir çocuk gibi, anlamadan, içgüdüsel olarak telaffuz ettiği birkaç kelime dışında geriye hiçbir şey kalmaz. Her şeyi en baştan öğrenmek zorunda kalır. Fakat şu bilinmelidir ki eğitimi hızlı gerçekleşir; zira, birkaç hafta sonra tekrar konuşabilir, okuyabilir ve yazabilir hale gelir. Yazmayı tuhaf bir biçimde tekrar öğrendiği fark edilir; kalemi elinde acemice tutar ve gördüklerini, Doğulular gibi sağdan sola doğru kopya eder. El yazısı bu ikinci varoluşunda, her zamanki el yazısından çok farklı, ters bir hal alır. Bu varoluşta mizacı oldukça değişir; canlı, neşeli biri olur; hiçbir şeyden korkmaz, ormanda gezinir, tehlikeli hayvanlarla oynar, kendisini yönlendirmek isteyen insanlarla ustaca baş eder, onlarla dalga geçer; kısacası artık hiç kimseye itaat etmez. Yaklaşık on hafta sonra tekrar o tuhaf uykularından birine dalar ve eski hali-

[5] S. Weir Mitchell, "Mary Reynolds, a Case of Double Consciousness," *The Transactions of the College of Physicians of Philadelphia*, 4 Nisan 1888.

ne uyanır. Bir önceki döneme dair hiçbir şey hatırlamaz fakat eski bilgisini ve karakterini geri kazanır. Daha yavaştır ve her zamankinden daha melankoliktir.

Bir süre sonra, aynı şey ikinci durumdaki haline dönmesine neden olur. Bu geçişler genellikle gece vakti, doğal uykusundayken, kimi zamansa gündüz gerçekleşir ve sıklıkla acı verici olur. Adeta bir ölüm korkusu yaşamaktadır, "sanki bu dünyaya asla geri dönmeyecekmiş gibi." İkinci varoluş yeniden ortaya çıktığında, Mary Reynolds, tamamen aynı hatıralar ve aynı edinilmiş bilgiyle bir önceki dönemin bitişindeki halindedir fakat bir numaralı duruma döndüğünde yeniden her şeyi unutur. Otuz beş, otuz altı yaşlarında iki numaralı dediğimiz durum tam olarak baskın hale gelir. Daha sık tekrarlar, daha uzun sürer ve sonunda bir şekilde nihai bir hal alır, zira Reynolds yirmi beş yıl bu durumda kalır. Yazar, Reynolds'ın hayatının sonlarında iki durum arasında bir karışıklık içindeymiş gibi göründüğünü belirtir; en azından baskın hale gelen ikinci durum genişlemiştir ve birinci duruma ilişkin belli belirsiz hatıraları kapsarmış gibi görünür. "Tam olarak kavrayamadığı gölgeli bir geçmişe dair, silik, rüya gibi bir fikri olduğunu düşündü."

Mary Reynolds vakası, gördüğünüz üzere, "MacNish Hanımı" vakasına en çok yaklaşan ve birbirinden epey bağımsız iki varoluşu en iyi sergileyen vakadır. Fakat bu vakada bile yaşamın sonunda iki numaralı durumun, bir numaralı durumu işgal etme eğilimi gösterdiğini fark edersiniz. Bunun, çifte varoluşun ilkinden çok daha yaygın olan başka bir türünün temel özelliği olduğu ortaya çıkacaktır.

II

Bu yeni türe *hükmedici somnambulizm* adını verdim, çünkü en temel özelliklerinden biri, durumlardan birinin diğerine hükmetmesidir. Bu durumda, kişi diğer durumda olduğundan daha aktif, daha canlı, daha zekidir ve en önemlisi de bu durum sırasında hafıza çok daha geniştir.

Amerika "MacNish Hanımı" ve Mary Reynolds ile ilk türün en iyi örneklerini sunmakla övünse de Felida X.'in hikayesi şimdi Fransa'ya tartışmasız bir üstünlük sağlayacaktır. Size Felida'yı tanıtmama izin veriniz. Felida, düşünce tarihinde epey önemli bir rol oynamış kayda değer bir şahsiyettir. Bu mütevazı insanın

Taine ve Ribot'nun eğitmeni olduğunu da unutmayınız. Hikayesi, pozitivist psikologlar tarafından, Cousin Ekolünün ruhaniyetçi dogmatizmine karşı kahramanca mücadeleler sırasında önemli bir sav olarak kullanılmıştı. Fakat Felida, o zamanlar, College de France'ta bir psikoloji kürsüsü olacağını ve benim burada sizlere histeriklerin zihinsel durumlarından söz ediyor olacağımı bilemezdi. İsmini Felida'nın hikayesiyle ilk ilişkilendiren kişi Bordeauxlu bir doktor oldu: Azam, bu hayret verici hikâyeyi ilk kez Cerrahi Derneğinde, ardından Ocak 1860'ta Tıp Akademisinde anlattı. Sunumuna "Sinirsel Uyku ya da Hipnoz Üzerine" başlığını verdi ve ağrısız ameliyatı mümkün kılan anormal bir uykunun varlığına ilişkin tartışmalar bağlamında bu vakadan söz etti. Bu denli şans eseri yapılan bu sunum psikolojide elli yıl içinde bir devrim yaratacaktı. O zamandan sonra, Azam, gözleminin önemini ve başarısını daha iyi anladı ve 1866, 1876, 1877, 1883, 1890 yıllarında bu konu üzerine çeşitli raporlar, hatta kitaplar yayınladı. Dediğim gibi, önce Taine "Akıl" isimli kitabında, ardından Ribot da "Hafıza Hastalıkları" kitabında tüm dünyaya yayılan bu hikâyeyi ele aldı ve bugün bu zavallı kadın üzerine yazılmış bir kütüphane dolusu kitap bulunmaktadır.

1858'de, Azam onu ilk tanıdığında Felida on beş yaşındadır ve ergenliğin başlangıcından itibaren üç yıldır hastadır. Daha sonra göreceğiniz gibi, histeride sıklıkla karşılaşılan bir şeydir bu. Genç kızda, şimdi incelememize gerek olmayan her türden histerik rahatsızlık, motor bozukluk atakları, beslenme bozuklukları mevcuttur. Karakteri, çektiği türlü ıstırap ile kötü yönde değişir; içe kapanık, melankolik ve ürkek biri olur. Hem ağrı hem de yaygın his kayıplarından oluşan çok sayıda duyusal rahatsızlık yaşar.

Tüm bu sıkıntılar arasında, zaman zaman, başlangıçta çok nadiren, başka bir tuhaf fenomen meydana gelir. Yalnızca birkaç dakikalığına bayılır gibi olur; çoğu somnambulizmde gördüğümüz geçiş aşamasıdır bu. Ardından, aniden uyanır, neşeli ve hareketli bir hale gelir ve hiçbir kaygı ya da ağrı yaşamaksızın koşturur; önceden canını sıkan ağrılar ya da his kayıpları kaybolmuştur ve önceki halinden çok daha sağlıklıdır. Fakat hemen belirtilmelidir ki bu görünüşe göre yeni olan durumda hiçbir şekilde "MacNish Hanımı" ve Mary Reynolds vakalarındaki karakteristik rahatsızlığı göstermez. Yeni baştan öğrenmesi gereken hiçbir şey yoktur, çünkü hiçbir şeyi unutmamıştır; önceki hayatına,

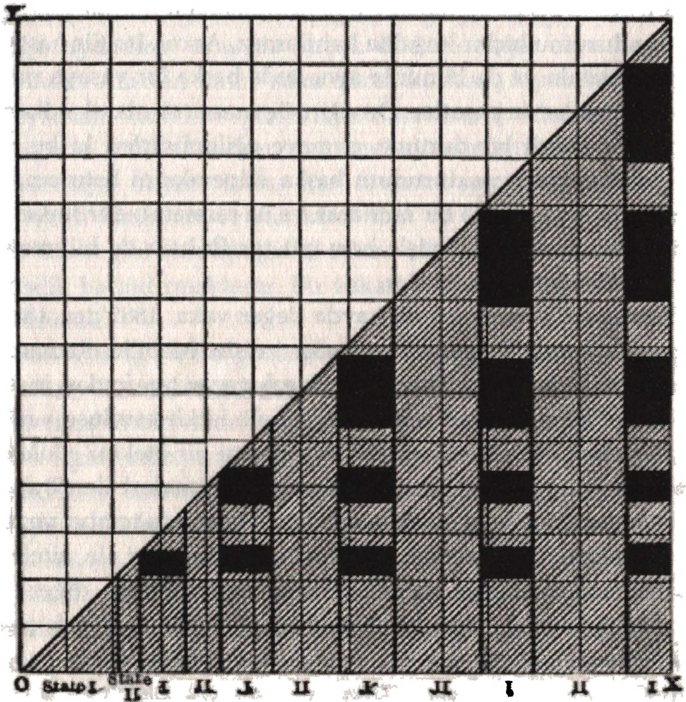
çektiği tüm acılara ve önceden öğrendiği her şeye dair oldukça açık hatıralara sahiptir. Böylelikle her şey epey iyi gider; fakat bu rahatlama hali kısa sürer. Bir ila üç saat sonra yeni bir baygınlık geçirir ve ardından normal durum olarak kabul edilen, Azam'ın adeti olduğu üzere, birincil durum diyebileceğimiz önceki haline geri döner. Bu duruma dönmesini takiben bütün rahatsızlıkları ve her zamanki hali olan ağır, melankolik karakteri kaldığı yerden devam eder. Fakat bir şey daha vardır: İki numaralı durum, yahut canlı durumda geçen önceki birkaç saati tamamen unutmuştur. Bütün bu süre onun için hiç yaşanmamış gibidir.

O noktada bu fazla sıkıntıya yol açmaz, çünkü iki numaralı dediğimiz durum yalnızca ara sıra ortaya çıkar ve bir ya da iki saat sürer. Fakat, yavaş yavaş, bu durum tuhaf bir şekilde gelişir; saatler ve günlerce devam eder ve genç kız bu durumda çok daha aktif olduğundan, her türden pek çok ciddi hadise meydana gelir. Azam'ın eserlerinde Felida'nın ilk hamileliğine ilişkin konsültasyonun tuhaf hikayesini okuyacaksınız. Zavallı kız heyecan ve neşe dönemlerinden birinde, sonradan kocası olacak bir genç adamla birlikte olur. Uyanış kısa bir süre sonra gerçekleşir ve kıza bu olaya dair hiçbir anı bırakmaz. Sağlığı bozulduğu ve karnı büyüdüğü için, bu tuhaf durumlar ile ilgili naifçe Azam'a danışmaya gider. "Hamile olduğu aşikardı", der Azam, "fakat bunu ona bildirmeye cesaret edemedim." Bir süre sonra, iki numaralı durum geri döner ve Felida, önceki muayene için doktordan gülerek özür diler, çünkü şimdi meselenin ne olduğunu gayet iyi biliyordur.

Hayatının büyük bir bölümünde, bu iki durum birbirini takip eder ve yalnızca yaşlılığında, durumlardan biri -yani daha iyi olanı- içinde daha aktif olduğu ve eksiksiz hafızaya sahip olduğu durum, ilk durumu işgal eder ve neredeyse bütün hayatını kapsar. Böylece Felida çok nadiren üç ya da dört gün boyunca normal denilen ilk durumunda kalır; fakat o zaman hayat katlanılmaz olur, çünkü varlığının dörtte üçünü unutmuştur ve bu epey komik hadiselere yol açar. Deli zannedilmekten korkar ve bu endişe ile yeni bir baygınlık, artık alışmış olduğu daha iyi olan durumu geri getirene kadar köşesine çekilir.

Bu meşhur hikâyenin başlıca özellikleri işte bunlardır. Önceki vakalardan nerelerde ayrıldığını rahatlıkla görebilirsiniz. Artık anlayabileceğiniz şematik figür (Figür 5) epey karakteristik bir şekil sunmaktadır. Unutma dönemlerinin düzenli olarak hatır-

lama dönemlerini izlediği bir satranç tahtası değildir bu şekil. İçinde siyah bölgelerin olmadığı, düzenli bir şekilde, hayat devam ettikçe genişleyen açık renkli çizgiler görüyorsunuz; bunlar, hafızanın amnezi olmadan tüm hayatı kapsadığı iki numaralı durum dönemleridir. Buna karşılık, bir numaralı durumu temsil eden aradaki çizgilerde, iki numaralı durumu kapsayan dönemleri etkileyen ve giderek büyüyen amnezileri temsil eden bir dizi siyah bölge görüyorsunuz. Bu figür iki somnambulizmin eşit olmadığını, birinin, özellikle hafıza bakımından diğerinden daha üstün olduğunu açıkça gösterir, ki bu da bu vakalara vermiş olduğum *hükmedici somnambulizmler*[6] ismini gerekçelendirmektedir.



Figür 5. Felida X. vakasındaki hükmedici somnambulizmin şeması.

"MacNish Hanımı" örneği altında gruplanan ilk tür ender görülürken, Felida örneğine sahip olan ikinci grup için bu geçerli

[6] "The Mental State of Hystericals", çeviri, s. 422.

değildir; Ladame, Verriest (1888), Bonamaison (1890), Dufay (1893) vakaları ve başka birçok vaka aynı model ile açıklanabilmektedir. Bunun üzerinde durmanın bir faydası yok. Bu vakalar gerçek anlamda yeni psikolojik fenomenler sunmazlar.

Fakat, bazı meşhur gözlemleri dahil edebilmek için karmaşık vakalar olarak adlandırılabilecek bir üçüncü grup oluşturmak iyi olabilir. Yalnızca iki tür değil, çok sayıda, dokuz ya da on türlü varoluşa sahip hastaların karmaşık vakalarını kastediyorum. Bu farklı psikolojik durumlar birbirileriyle oldukça çeşitli şekillerde ilişkilenirler; kimi zaman birbirilerinden epey bağımsızdırlar ve yalnızca basit bir çift taraflı hafıza oluştururlar; kişi bir numaralı duruma dair hatıraları yalnızca bir numaralı duruma geri dönüğünde bulur, fakat iki numaralı yahut dört numaralı durumdayken bu durumu hiçbir koşulda hatırlamaz. Ancak bu tür hastalar bunun dışında ya da bununla aynı anda başka bir yasaya riayet eden durumlar da yaşarlar. Örneğin, üç numaralı olarak adlandıracağımız belirli bir duruma girmeye eğilimlidirler, ki bu durumda yalnızca aynı durumun başka dönemlerini hatırlamakla kalmaz, aynı zamanda bir numaralı ve iki numaralı durumları da hatırlarlar. Başka bir deyişle hem çift taraflı hem de hükmedici somnambulizmler gösterirler.

Fransa'da yayınlanan en kayda değer vaka, 1882'den 1889'a kadar aralarında Legrand du Saulle, Voisin, Mabille, Ramadier, Bourru ve Burot'nun bulunduğu birçok yazar tarafından incelenen Louis Vivet vakasıdır. Bu çocuğun altı farklı varoluşu vardır. Bunların her biri, ilk olarak, bir bu dönemi bir ötekini etkileyen hafıza değişimleri ile; ikincisi, karakter değişimleri ile, (öyle ki bir durumda nazik ve çalışkanken diğer durumda tembel ve fevridir) üçüncüsü, duyarlılık ve hareket değişimleri ile nitelenir (öyle ki, bir durumda sol tarafı hissiz ve felçliyken, diğer durumda sağ tarafı, bir üçüncü durumda ise belden aşağısı felçlidir vb.). Ünlü psikoloğun kardeşi İngiliz yazar Arthur Myers, *Journal of Mental Science*'ın Ocak 1886 sayısındaki makalesinde, her bir durumu karakterize eden bu dört değişimi bir tabloda gruplandırmaya çalışmıştır. Bu vakanın en ilginç tarafı da üçüncü özelliğe müdahale edildiğinde buna karşılık gelen diğer iki değişimin de meydana getirilebilmesidir. Eğer biri iki bacağındaki felci tedavi ederse, tüm duyularının ve hareket kabiliyetinin sağlam olduğu duruma girmesine neden olur ve o zaman da bu döneme karşılık gelen kişilik ve hafızanın yeniden ortaya çıktığı görülür.

Bu olgular, yapay şekilde meydana getirilen somnambulizmler ve hatta ikinci varoluşlar açısından özellikle önemlidir. Fakat bugün bunlar üzerinde durmamız gerekmez.

Bu Fransız vakasının ardından, şimdi de epey kayda değer olan bazı Amerikan vakalarına bakalım. Bunlar arasındaki en şaşırtıcı vakalardan biri, bilimsel değerini ne yazık ki yeterince takdir edemediğim, 1894 yılında şu garip başlıkla yayınlanan vakadır: "Mollie Fancher, Brooklyn Esrarı; 19. yüzyılın psikoloji mucizesi Mary J. Fancher'ın hayatından sahici ifadeler; birçok tanıktan hakiki beyanlar, yazan Abraham H. Daily, 1894." Hikâye tuhaf bir biçimde aktarılır; içinde özneye bir tür mistik hayranlık, şaşırtıcı ve normalüstü olaylara abartılı bir rağbet hissedilir; ki bu da gözlemin ne şekilde gerçekleştiğine dair biraz endişe uyandırır. Yine de birçok dikkate değer olgu barındırmaktadır. Ataklar, uzun yıllar süren korkunç kontraktürler, neredeyse tam körlük vs. gibi bütün olası histerik rahatsızlıkları yaşamış olan Mollie Fancher, somnambulizmin en basit formundan en karmaşık olanına kadar tüm türlerini sergilemiştir. Her birinin kendi hatıraları ve karakteri olan ve Günışığı, İdol, Gonca, İnci, Yakut gibi oldukça şiirsel takma isimleri olan en az beş farklı kişilik barındırmaktadır. Bu vakanın karmaşıklığı oldukça eğlendiricidir.

Son olarak, bu tür gözlemlerden en çarpıcı olanına, patolojik psikoloji alanındaki gelişmelerle en yakından ilgilenen Bostonlı doktorlardan biri olan ve yıllarca süren çalışmalarını bu karmaşık ve ilginç vakaya adayan Dr. Morton Prince tarafından Bayan Beauchamp üzerine yapılan gözleme değinmemiz gerekir. İncelediğimiz iki basit türün çeşitli kombinasyonları ve türleri olan bu karmaşık vakaların analizine burada giremeyiz. Bu karmaşık vakalarda genellikle her şeyi bir hayli değiştiren yeni bir etki kendini hissettirir. Yani, mevzubahis kişiyi fazla yakından tanıyan ve o kişinin de fazla yakından tanıdığı gözlemcinin kendi etkisinden söz ediyorum. Hangi tedbir alınırsa alınsın, gözlemcinin düşünceleri sonunda hastadaki somnambulizm gelişimini etkiler ve ona yapay bir komplikasyon verir. Bununla birlikte, histeriklerde bu tuhaf çoklu kişilik fenomeninden gelişebilecek her şeyi anlayabilmeniz için değindiğimiz iki basit forma bu karmaşık vakaların incelemelerini de eklemek gerekir.

III

Histeride çifte varoluşun meydana getirdiği tüm problemlerin psikolojik incelemesine girişemeyiz. Ayrıca, içinde bu tartışmaların gayet iyi yürütüldüğü bu şehirde yayınlanmış bazı eserlerden söz ettim sizlere. Yalnızca, bu dersi bitirmeden önce bu çalışmaların kanaatimce gitmesi gereken yöne ve bu gizemli görünen olayların genel anlamına dair birkaç ipucu vermek istiyorum.

Tek bir ufak detayla, büyük ölçüde yapay olarak oluşturulmasıyla, öncekilerden ayrılan bir çift karakterlilik vakası daha ele alalım. Uzun zaman önce, 1887'de, yirmi yaşında Marceline isimli genç bir kadın perişan bir halde hastaneye geldi. Aylar boyunca hiç gıda almamıştı; hem inatla yemeyi reddetmesi sebebiyle, hem de zorla yutturmaya çalıştıkları herhangi bir yiyecek ya da içeceği derhal istifra ettiği için. Üstüne üstlük boşaltım sistemi de tamamen işlevsiz hale gelmişti; kendiliğinden idrara çıkma yetisini yitirmiş ve yalnızca sondaj ile birkaç damla idrar yapabilmekteydi. Bu şartlar altında zayıflığın son raddesindeki bu genç kadının adeta bir nefeslik canı kalmıştı; doğrulmaya gücü olmadığı için devamlı yatağında uzanır haldeydi. Fiziksel aktivitesinin azaldığı kadar zihinsel aktivitesi de azaltmıştı; teninin tüm yüzeyi ve tüm mukoza zarları hissizleşmiş, işitmesi iyice kötüleşmiş, görmesi ise gittikçe kötüleşmekteydi. Aklı yerinde görünmesine rağmen, kendisine sorulan sorulara büyük bir kayıtsızlıkla cevap vermekte ve ciddi bir sersemlik hali içinde gibi görünmekteydi. Onu başka türlü beslemeyi başaramadığımız için hipnoz metodunu denemek mecburiyetinde kalmıştık.

Birkaç denemenin ardından, geçici ve yapay gibi görünse de hastaneye geldiğinden beri onu sürekli gördüğümüz alışılmış halinden epey farklı olan tuhaf bir duruma kolayca girmesini sağladık. Manen ve madden oldukça değişmiş görünüyordu. Hareket edebiliyordu, her yiyeceği kabul ediyor ve artık istifra etmiyordu. Kendiliğinden, zorlanmaksızın idrar yapabiliyordu. Ayrıca tüm vücudu duyarlı hale gelmişti, kusursuzca duyuyor ve görüyordu; kendini çok daha iyi ve canlı bir biçimde ifade etmeye başladı; üstelik önceki tüm hayatını kapsayan eksiksiz bir hafıza sergiliyordu. Bu yeni durum yapay kabul edildiğinden onu besledikten sonra uyandırmak gerektiğini düşündük. Eski haline derhal geri döndü. Yeniden hareketsiz, hissiz hale gelmiş; yemek yiyemez ve idrar yapamaz olmuştu. Fakat bir sıkıntı daha

vardı ki, bu da bildiğiniz somnambulizm yasasına uygun olarak, önceki dönemde neler olup bittiğini tamamen unutmuş olmasıydı.

Yine de bu yapay somnambulizmler sayesinde genç kadını besleyebilmiş ve gücünü geri kazanmasını sağlayabilmiştik. Fakat onu her uyandırdığımızda geri döndüğü normal hali sırasında yemek yemesini sağlamak daima imkânsız oldu. Öyle ki, her öğünden önce uzun bir müddet onu uyutmaya çalışmaktan yorulup, tüm gün boyunca yapay durumda tutmaya başladık. Bunun tek neticesi büyük bir avantaj gibi görünüyordu; çünkü tüm gün iyi yiyor, idrarını tam olarak yapıyor, daha duyarlı, daha faal ve hafızası daha kuvvetli bir hale geliyordu. Derken bir gün ebeveyni onu bu yapay iyilik durumunda bulduklarında, iyileştiğine kanaat getirip hastaneden çıkardılar.

İlk günlerde her şey yolunda gitti; fakat birkaç hafta sonra hasta regl dönemine girdiğinde hipnozun bozulmasına neden olan bir deneyim ile kendiliğinden uyandı; başka bir deyişle, onu içinden çıkardığımız depresyon ve uyuşukluk haline aniden geri döndü; fakat buna ek olarak, bu kez tüm haftaları kapsayan bir unutma da mevcuttu. Önceki günleri hatırlamadığı için hastaneden nasıl çıktığını anlamadan kendini evinde bulmak onu çok şaşırtmıştı. Ayrıca yemeyi yine reddediyor ve idrara çıkamıyordu. Marceline bana geri getirildi ve gayet iyi bildiğim bütün bu rahatsızlıklar karşısında onu tekrar uyutmaktan, daha doğrusu yapay duruma geri getirmekten başka bir şey gelmedi elimden.

İşte beyler, her şey on beş yıl kadar böyle devam etti. Marceline yeniden uyutularak dinç hale gelmesi için bana gelirdi ve çok mutlu bir şekilde, eksiksiz faaliyet, duyarlılık ve hafızayla geri dönerdi. Birkaç hafta böyle kalırdı; ardından yavaşça ya da aniden, bir duygunun sonucu olarak tekrar uyuşukluğuna, aynı içorgansal sıkıntılarla beraber birincil ya da doğal kabul ettiğimiz durumuna geri dönerdi. Unutuş artık yılları kapsamaya başlamış ve hastanın mevcudiyetini büsbütün tehdit eder olmuştu. Kendini yeniden dönüştürmek için aceleyle bana gelirdi. Zavallı kızcağız akciğer tüberkülozuna yenik düşene dek işler böyle sürüp gitti.

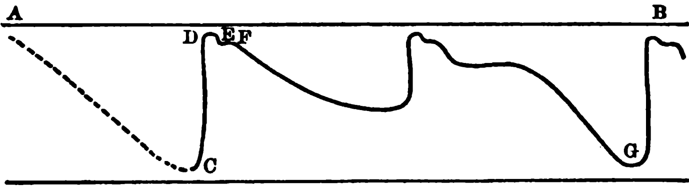
Marceline'in bu iki durumu nasıl açıklanmalı? Gördüğünüz gibi biraz önce Felida'nın hükmedici somnambulizmlerine ilişkin anlattıklarımıza oldukça benziyorlar. Felida'nın da iki durumu vardı: biri, ciddi unutmalar yaşadığı melankolik ve eksik durum, diğeri de tüm duyarlılığını ve hafızasını yeniden bulduğu dinç

durum. Marceline ona o kadar benziyor ki onu yapay Felida olarak adlandırmayı önermiştim. Dolayısıyla bu iki durumu tanımlamak için tüm diğer yazarlar gibi Azam'ın da önerdiği kuralları burada da uygulamamız gerekir. Bir numaralı durumun başlangıçta onu içinde bulduğumuz ve normal görünen depresyon hali olduğunu, iki numaralı durumun ise üretilmiş ya da yapay olan eksiksiz hafıza ve canlılık hali olduğunu söylememiz gerekir.

Gel gör ki, bu adlandırmalar, bu denli uzun süre takip ettiğim bir vakaya uygulandığında bana epey yanlış görünüyor. Birinci duruma, hayatla bağdaşmayan bir zihinsel depresyon haline doğal durum demek abestir; bu genç kadının başından beri her zaman bu durumda olması olası değildir. Gerçek hayatta, bu yanlıştır, zira ergenlikten önce, genç kızlığında tüm bu duyarlığa ve yetilere zaten sahipti hasta. Gayet iyi bir şekilde yemekte, hazmetmekte ve idrarını yapabilmekteydi. Gerçek bir numaralı durum bu. Bu hususta şüphe yok. Onu hastanede gördüğümüzde içinde bulunduğu durum, tüm rahatsızlıkları ve hissizlikleri ile birlikte, ergenliğinden itibaren gelişen bir hastalık ile, histeri ile ortaya çıkmış anormal bir durumdur. İki numaralı durum da budur.

Peki ya hipnozla elde edilen, yapay bir şekilde meydana getirilen duruma ne diyeceğiz? Üç numaralı durum mudur bu? Kesinlikle hayır. Bu durum süresince fonksiyonları normaldi; önceden sahip olduğu duyarlığı ve hafızayı geri kazanmıştı. Bu durumu, bir numaralı durum dediğimiz çocukluğunun doğal durumundan ayrı tutmak için hiçbir sebep göremiyorum. Bu yalnızca, yapay uyarım süreçleri vasıtasıyla meydana getirdiğimiz geçici bir tedavidir. İki numaralı duruma geri döndüğünde, bu sadece hastalık tekrar başladığı içindir.

Tüm bu vaka aşağıdaki şema ile tasvir edilebilir. Bu genç kız ağır ağır ve anlaşılmadan her gün daha kötüye gitmiş; zamanla duyarlığını ve hafızasını kaybetmiştir. Bu evreyi normal aktiviteyi temsil eden AB doğrusundan epey aşağı doğru inen çizgi ile gösterebiliriz (Figür 6). C'de hipnotize edildiğinde, D'deki neredeyse normal aktivite durumuna dek tekrar yükselir. Hastalığın etkisiyle yeniden giderek alçalır. Önce, onu bıraktığınız an biraz uyanır gibi görünür ve ona biraz önce söylemiş olduğunuz şeyleri unutur (E). Ardından, iki gün sonra, tekrar uyanır (F); yani histerik anestezi durumuna ve amneziye eskisinden daha derin bir şekilde düşer (G); önceki iki günü de unutur.



Figür 6. Marceline vakasında zihinsel seviye dalgalanmalarının diyagramı.

Ardından çok yavaşça yeniden düşer. Eğer, örneğin, bir duygu nedeniyle düşerse önceki tüm periyodu kapsayan bir amnezi meydana gelir. Buna karşılık, eğer onu uyarırsanız çok daha eksiksiz bir psikolojik durum ve önceki periyotları kapsayan bütünsel bir hafıza ortaya çıkar. Normal periyotlara somnambulizm görünümü veren şey işte bu düşüşler, bu anesteziye geri dönüşlerdir.[7]

Bu tür vakaların hepsinde durumun kesinlikle aynı olduğu, yanlış adlandırmalarla her şeyin karıştırıldığı kanısındayım. Felida'nın da çocukluğunda, artık yalnızca hatalı bir şekilde iki numaralı olarak adlandırılan canlı durumda varlığını sürdüren bir numaralı durum mevcuttu. Yaşamının sonunda bu durumun tek başına var olduğu şaşkınlıkla fark edildi; çünkü histerisi tedavi edilmişti ve aslında her zaman devam etmesi gereken genç kızlığının normal durumuna geri dönmüştü. Ergenliğin ardından yavaşça yerleşen ve hasta gözlemlendiği sırada çok uzun zamandır devam ettiği için bir numaralı durum olarak görülen amnezi ile depresyon hali dışında anormal hiçbir şey yoktur.

Bu görüş, işleri bir nebze daha açık hale getirmektedir; kanaatimce bu çifte varoluşların temelinde yatan asıl fenomen, aniden inip çıkan bir tür *zihinsel faaliyet dalgalanmasıdır*. Yeterli bir geçiş aşaması olmadan meydana gelen bu ani değişimler iki farklı faaliyet durumu meydana getirir: tüm duyuların ve fonksiyonların işlediği daha yüksek faaliyet durumu ile beyin fonksiyonlarının tamamının azaldığı düşük faaliyet durumu. Bu iki durum birbirinden ayrılır; normal bireylerde olduğu gibi geçiş aşamaları ve hatırlamalarla birbirine bağlı değillerdir. Birbirilerinden yalıtılıp iki ayrı varoluş meydana getirirler. Burada yine öncekilerden

[7] "The Mental State of Hystericals," çeviri, s. 449.

daha karmaşık bir zihinsel çözülme vardır. Buradaki çözülme, yalnızca bir fikirde, bir duyguda değil, bir zihinsel faaliyet durumundadır.

V
Konvülsiyon Atakları, Uyku Nöbetleri, Yapay Somnambulizmler

Çok sayıda konvülsiyon atağı ve uyku nöbeti esasında kusurlu somnambulizmlerdir – Histerojenik noktalarda çağrışımlar – Histerik ve epileptik nöbetlerin teşhisi – Duygusal dışavurum krizleri – Çeşitli uyku nöbetleri, letarjiler – Uyku sırasında düşüncenin devamı, düş görme krizleri – Histerik rahatsızlıkların, atakların, uyku nöbetlerinin yapay şekilde meydana getirilişi – Yapay somnambulizm ya da hipnoz – Hipojenik noktalar – Histerik somnambulizmin yeniden üretimi olarak hipnotik durum

Şu ana kadarki tüm örnekler -monoideik ve poliideik somnambulizmler, füjler, çifte varoluşlar- somnambulizmlerin histerik nevroz içerisindeki hatırı sayılır önemini sizlere göstermiştir. Aynı fenomenin dikkate almamız gereken birçok biçimi daha mevcuttur. Fakat bugün yalnızca bazı başlangıç düzeyinde ve bir bakıma alt seviyede olan türlerini ele almayı amaçlıyorum, çünkü bunlar yaygındır, her gün karşımıza çıkabilirler ve anlaşılabilmeleri için, somnambulizmin daha tipik biçimleriyle ilişkilendirilmeleri gerekir. Bu çalışmanın, pratikte çok önemli olan iki fenomeni, konvülsif ataklar ve uyku nöbetlerini kapsadığını fark ederseniz, önemini kavrayacaksınız.

Tüm histerik atakları ve uyku nöbetlerini muğlak bir biçimde somnambulizm fenomenlerine bağlamadığımı derhal belirtmek isterim. "Atak" ve "uyku" kelimeleri bilimsel dilden ziyade amiyane dilden alınmış muğlak kelimelerdir ve birbirinden çok farklı fenomenler için kullanılırlar. Histerik atakların genellikle birbirine belli bir şekilde bağlı bazı tiklerden ve koreik hareketlerden oluştuğunu motor bozukluklara geldiğimizde göreceksiniz. Uyku nöbetleri kimi zaman yalnızca paralitik fenomenlerdir; kişi hareket edemez fakat gayet iyi bir şekilde duyar ve anlar; zihinsel bir bozukluğu yoktur. Daha birçok atak ve uyku nöbeti türleriyle karşılaşacağız fakat bugün bu iki rahatsızlığın esasında bazı

kusurlu somnambulizmlerden başka bir şey olmayan en temel türlerinden birini inceleyeceğiz.

I

Öncelikle ele alacağımız konvülsif ataklar Antik Yunan doktorları ve filozofları tarafından dahi kayda geçirilmiş, bir hayli sık görülen fenomenlerdir. Ortaçağ ve Rönesans'a ait şeytan çıkarmalara ilişkin belgelerde yer verilen fenomendir bu. Briquet gibi modern yazarlar ise istatistiklerinde hastalarının dörtte üçünün atak geçirdiğini söyler.

Bilincini yitirmiş ve düzensiz konvülsiyonlarla sarsılan hastalar ilk bakışta az önce incelediğimiz somnambulistlerden çok farklıymış gibi görünürler. Eksiksiz bir somnambulizm çok sayıda aklî dışavurum ile karakterize edilmişti; kişi düşüncesini, rüyasını, ona göre düzenlenmiş hareketleriyle ifade etmiş, bu da genellikle bize makul düşüncelerin dışavurumu olarak görünmüştü. Bu dışavurumlardan ilki ve en açık olanı konuşma idi; bu tip rüyaların konusunu tahmin etmemiz marifet değildi, zira hasta bunu dil vasıtasıyla kendisi ifade ediyordu. Konuşmadığında, anlamları gayet açık olan yüz ifadeleriyle, tavırlarıyla ve özellikle eylemleriyle kendini ifade ederdi; ayağa kalktığı, yürüdüğü, bir çekmecede bazı şeyler aradığı, bir tabanca tutar ve tetiği çeker gibi yaptığı, hayaletlerle boğuştuğu vb. görülürdü. Kısacası, somnambulik düşüncenin dış çehresi olabildiğince açıktı. Hastanın büyük, düzensiz ve görünürde anlamsız hareketler ile kıvrandığı konvülsif ataklarda ise böyle bir şey söz konusu değildir.

Bununla birlikte bu konvülsiyon ataklarının birçok yönden somnambulizm ile yakın oldukları kolaylıkla kanıtlanabilir. Bu rahatsızlıklar düzensiz hareketlerden oluşuyormuş gibi görünseler de somnambulizmlerle aynı ruhsal nedenlere dayanırlar; onlar gibi, özellikle iz bırakan olaylar ile, cinsel sıkıntılar, üzüntüler, korkular vb. ile başlarlar. Bir adam oğlunun inşaat iskelesinden düşüp öldüğünü gördükten sonra histeri krizleri geçirmeye başlar; birçok genç kız yahut kadın sevdikleri birinin ölümünün ardından ataklar geçirir; yaklaşık on adet gözlemde ilk nöbetin sebebi bir yangındır, gaz lambası hastanın elbiselerini tutuşturmuştur; diğer gözlemlerde, sebep tramvay vagonundan yahut bisikletten düşmek, arkadaşlarla edilen kavga, kalp ağrısı, tersine dönen talih vb. gibi şeylerdir. Yalnızca tek bir hikâyenin, daha

sonra değineceğimiz tik fenomeni ile birleşmiş kusurlu somnambulizm türünü gösteren ataklara iyi bir örnek teşkil eden köpekli bir kadının hikayesi üzerinde durmak istiyorum. Kırk üç yaşında ve her zaman kolayca etkilenen biri olmuş olan bu hanım çok kıymetli bir dostunun ölümüne çok üzülür; ondan sadece bir hatıra, oldukça değerli bir hatıra saklar, yaşlı bir köpek. Sahibinin ölümünden iki yıl sonra sıra ona gelen köpek bir halının üzerinde can verir. Bu hanım, keder içinde, köpeğin öldüğü halının üzerine uzanır ve herhangi bir şey yemeye ya da kendine bakmaya razı olmayarak altmış gün boyunca orada kalır. O zamandan itibaren birçok biçime bürünen korkunç histeri nöbetleri geçirmeye başlar. Bu örnekte, konvülsif atakların başlangıç noktasının önceki somnambulizmlerle aynı olduğunu görüyorsunuz.

Bir adım daha gidip her yeni atağın ortaya çıkmasına yol açan rastlantısal sebebi düşünelim; burada da yine ruhsal sebeplerin önemli bir rol oynadığını görebiliriz. Şu bir gerçek ki hasta, nöbetlerin, nedenini bilmeksizin düzensizce ortaya çıktığını ve salt fiziksel faktörlere dayandığını iddia eder. Son atağın üzerinden geçen sürenin önemli bir rol oynadığında da gerçeklik payı vardır. Hastalar henüz bir somnambulizm ya da konvülsiyon atağı geçirmişken, her zaman hemen yeni bir atak geçiremezler. Değişmiş, ve çeşitli ruhsal tesirlere daha az hassas hale gelmiş görünürler; yeniden hassaslaşmaları ve aynı fenomeni tekrar yaşayacak hale gelmeleri için aradan belirli bir zaman geçmesi gerekir -kimi için iki gün, kimi içinse bir hafta yahut bir ay. Burada bu derslerin sonunda dikkate almamız gerekecek epey ilginç bir periyodik dalgalanmayla karşılaşmaktayız. Ancak bu genel eğilimin yanı sıra bin türlü rastlantısal durumun nöbetin ortaya çıkmasına neden olduğu da doğrudur. En ufak bir dışsal olay bu etkiyi yaratabilir. Bir yangından etkilenmiş olanlar için bir ateşin görüntüsü, kimi zamansa sadece bir kibrit, nöbete neden olur; kimisinde de bir feryat, bir isim ya da cümle nöbeti çağırır. Bizim köpekli kadınımız bu bakımdan hayranlık vericidir; yalnızca sokaktaki bir köpeğin havlaması, bir kedinin geçtiğini görmesi, hayvanlardan birinin adının telaffuz edilmesi, ya da katiyetle yasakladığı "aşk", "sevgi", "mutluluk" vb. kelimelerin telaffuzu bile yeterlidir. Önünde takvimden bir tarihten söz edilmesi de yeterlidir, zira belirli bir tarihi hatırlamaktan duyduğu korku tüm muhtemel tarihleri yasaklamasına neden olmuştur. En ufak şey dahi konvülsiyonlar ve inlemelerin birbirine karışıp on beş yahut

yirmi saat sürdüğü sonsuz bir nöbetin ortaya çıkmasına neden olabilir. Tüm bu vakalarda nöbeti ya da somnambulizmi meydana getiren hatıralar ve korkulan algı arasında düşünce çağrışımları bulunduğu çok açık değil midir? Bu düşünceler sistemlerinin farklı koşulları matematiksel olarak birbirini çağıracak şekilde birbirine bağlıdır.

Bedenin bir noktasına dokunulması ya da o noktanın uyarılması ile başlayan atakları düşündüğünüzde aynı kuralı tanımakta belki de güçlük çekersiniz. Bildiğiniz üzere, *histerojenik noktalar* olarak adlandırılan bu noktalara vaktiyle büyük önem verilirdi. Charcot ve Pitres bunlar üzerine, günümüzde pek çok hata içerdiği anlaşılan uzun bir inceleme kaleme almışlardı. Vücudun şu veya bu noktasında bir ağrı ya da tuhaf bir his ile nöbetin başladığı kabul ediliyordu; kadınlarda en sık görülen noktalar yumurtalık bölgesi olarak adlandırılan alt karın bölgesinin iki yanıydı. Nöbet anında bu noktalarda ağrı olması o denli sık görülüyordu ki antik düşünürlerin histeriye ilişkin teorilerini şekillendirmişti. Platon tarafından ortaya atılıp tüm dünyaya yayılan, yüzyıllarca hekimlerin zihinlerini bulandıran ve tüm hastalara utanç veren absürt hikâyeyi hatırlarsınız. Aşırı uyarılan ve tatmin olmaya ihtiyaç duyan rahmin, bu tatmin elde edilemeyince hastaların bedenleri boyunca, gırtlak hizasına kadar yükselip onları boğduğunu ileri sürmüştü. Esasında sıklıkla alt karın bölgesinde başlayan bu rahatsızlık hissi hakikaten de yükselip diğer organlara yayılır gibi görünmektedir. Örneğin, üst karın bölgesine, göğüslere ve oradan da gırtlağa yayılması çok sık görülür. Gırtlakta, uzun zamandır histerinin karakteristik özelliği olarak kabul edilen ilginç bir şekil alır. Hasta, gırtlağında yükselerek onu boğan bir top gibi, çok büyük bir cisim olduğunu hisseder. Bu cismi yutmak ya da atmak için çaba sarf eder. Göğüslerde, omuzlarda, gözlerde ya da kafada gelişigüzel yerleşmiş başka noktalar ve hisler de devreye girebilir ve hepsi de salt fiziksel fenomenlere dayanır gibi görünürler.

Bu noktaların niteliklerini yanlış yorumlamayınız. İlk olarak, hiçbir zaman gerçek organik lezyonlara karşılık gelmezler veya en azından, herhangi bir lezyon varsa da histeride hiçbir rol oynamaz. Ayrıca, görünüşlerine rağmen bu hissiyatın fiziksel değil ruhsal olduğunu ve kişinin duygularına ve düşüncelerine dayandığını iyi anlayınız. Nitekim vücudumuzun farklı bölgelerinin hayatımızdaki tüm olaylara ve tüm hislerimize dahil olduk-

larını unutmamalısınız. Biri asansör biri de otobüs tarafından ikisi de omzundan yaralanan iki kişi düşünelim. Bu yaralar çoktan iyileştirilmiştir, fakat omuzdaki bir hissin hatırası, hatta yalnızca omzun düşüncesi bile kazanın hatırasının bir parçasıdır; bu tuhaf hissin hastaya geçirdiği kazayı hatırlatması ve krizi tetiklemesi için bu hastalardan birinin omzuna dokunmanız yeterlidir. Verem düşüncesine, tüberküloz korkusuna sol akciğerin tepe noktasında belli bir ağrı hissi eşlik eder; veremin başlangıcında yaşadıkları ağrıdır bu. Bu bölgede ortaya çıkan aynı his şimdi de nöbetin başlangıç noktası olacaktır. Eğer safi ruhlardan söz etmiyorsak, aşk duygularında bölgenin kabarması ile birlikte cinsel hissiyat da söz konusudur. Bütün bu keder, aşk, pişmanlık duygularında fiziksel hissiyat imgesinin devreye girip başlangıç noktası rolü oynadığını anlamakta neden güçlük çekilir? Buna bir de hastanın alışkanlıkları ve doktorun sorularının ortaya çıkardığı sayısız çağrışımı ilave ediniz. Ayrıca, bu histerojenik olduğu ileri sürülen noktaların yalnızca etki bırakan bir olayın hatırası ile ilişkili şekilde bazı hislerin kolaylıkla ortaya çıktığı bölgeler olduğunu da unutmayınız.

Şimdi nöbetin sonlanışına geçelim; burada somnambulizmin temel bir fenomenini daha göreceksiniz: Kişi, az çok uzun sürmüş bir mücadelenin ardından, aniden ya da yavaş yavaş uyanır gibi görünür, giysilerini düzeltir ve neredeyse hiçbir güçlük çekmeden yeniden ayağa kalkar ve işine devam eder. Burada fark edilmesi gereken önemli bir tıbbi gerçek vardır: Histerik nöbet, epileptik nöbette olduğu gibi ciddi fiziksel rahatsızlıklar meydana getirmez. Kişi tükenmiş hale gelmez; kendine gelmekte olan bir epileptiğin afallamış, yabanıl tarafı onda yoktur, ne de epilepsi nöbetini karakterize eden dayanılmaz uyku ihtiyacına sahiptir. Histerik hastamız, birkaç saatlik inlemenin ardından, epey ferahlamış hisseder; bir bakıma bir rahatlama yaşar ve nöbetten öncesine göre çok daha iyi olduğunu iddia eder. Bir diğer karakteristik fenomen de hastanın olup bitene hiç önem vermemesidir; haykırışlarından, uygunsuz tavırlarından ve çıkardığı patırtıdan en ufak bir hicap duymamaktadır. Her şeyi unutmuş gibidir ve sahiden de yalnızca nöbetten öncesini hatırlar; boğulma hissi ve topun yükselmesinin ardından olup biten her şey onun için artık mevcut değildir. Bu unutuş çok önemlidir; histerinin niteliğine göre derinliği değişkenlik gösterse de hastalığın bir parçasıdır. Bilinç kaybı yaşanmayan ve hastanın kusursuz bir

hafızaya sahip olduğu şiddetli krizlere dikkat ediniz. Bunları ihtiyatsızca histeri olarak adlandırmayınız; zira hemen hemen her zaman başka bir açıklamaları vardır. En iyi ihtimalle, psikastenik ajitasyon krizleriyle karşı karşıyasınızdır. Ne yazık ki, sıklıkla teşhisi az çok basit olan zihinsel bozukluklarla başa çıkmanız gerekir. Ancak, hakiki bir histeri nöbetinin, somnambulizmde olduğu gibi bir unutma ile sona erdiği hususunda ısrar etmek durumundayım.

Gelin şimdi nöbetin kendisini oluşturan unsurlara dönelim. Her şeyden önce anlamsız hareketlerdir bunlar. Hastalar kaskatı kesilir, ardından bu gerginliği daha da abartmaya çalışır gibi başlarını geriye atıp, karınlarını havaya kaldırıp, söylenildiği üzere "köprü yaparlar"; kafa o ya da bu yöne doğru sallanır, gözler kapalı yahut dehşet ifadesi ile açıktır, ağız çarpıktır. Kâh - dillerini ısırmaksızın- dişlerini gıcırdatırlar; kâh ağızlarını açar ve her tonda güçlü çığlıklar atarlar. Kollar her yöne sallanır; etraftaki cisimlere ya da kendi göğüslerine gelişigüzel vururlar; yumruklar bir sıkılır bir açılır. Nefes sesli ve düzensizdir; kalp süratli atar; yüz şişkindir fakat epilepsi nöbetinde olduğu gibi morarmaz. Her şey çok düzensiz ve anlaşılmaz görünür.

Bununla birlikte aklımıza hemen Briquet'nin eserinde de açıkça belirtilmiş olan bir mukayese gelir. "Basit bir histeri nöbeti," der Briquet, "canlı ve acı verici ruhsal etkilerin dışa vurumu olan bozuklukların tekrarından başka bir şey değildir.[1] . . . Örnek vermek adına, ani ve kuvvetli bir tesir altında kalan biraz hassas bir kadının başına gelenlere değineceğim. Bu kadın üst karın bölgesinde bir sıkışma hisseder, nefes almakta biraz zorlanır; bir şey gırtlağına doğru yükselip onu boğmaktadır; buna ek olarak kol ve bacaklarının düşmesine neden olan bir huzursuzluk hisseder ya da kaslarını kasmasına yol açan bir hareket ihtiyacı duyar. En yaygın histerik vakanın, en olağan histerik spazmın eksiksiz modeli işte budur." [2]

Bu genel görüş konvülsif nöbetlerin büyük bir kısmına gayet iyi uyarlanabilmektedir. Bu krizin esasında bazı duygusal dışavurumlar olduğu iddiası kolaylıkla doğrulanabilir. Çoğu vakada, böyle ifade edilen duygunun tanınıp, ayırt edilmesi bile mümkündür. Kimi hastalar öfkelerini açıkça ifade ederler; vurur, tır-

---

[1] Briquet, "Traité de l'hystérie," 1859, s. 397.

[2] A.g.e., s. 4.

malar, ısırırlar ve haykırışları tehditkardır; kimilerininki ise keder ve çaresizlik krizleridir, gözyaşları ve inlemeleri diğerlerinden epey farklı anlamlar taşır. İkinci gruptakiler içerisinde erotik krizleri tanımak çok zor değildir, zira bazı sahneleri çarpıcı bir biçimde canlandırırlar. Buna karşılık, ilk grupta genellikle korku krizleri yer alır; gözlerdeki şaşırmış ifade, ileri doğru uzatılmış kollardaki savunma hareketleri, vücudun geri çekilmesi oldukça karakteristiktir.

Ayrıca, somnambulizmlerde olduğu gibi açıkça konuşmasalar da neredeyse tüm hastalar haykırışların arasına birkaç kelime sıkıştırır ve müşfik kelimelerle "Gaston" yahut "Oscar" diye seslenenleri "Anne, yardım et!" diye haykıranlardan kolaylıkla ayırt edebilirsiniz. Esasında çoğu vakada fenomenin iki semptomun arasında bir noktada olduğu söylenebilir; hasta biraz daha fazla konuşur, hareketleri daha az düzensiz ve biraz daha fazla anlamlıdır. Bu vakalar neredeyse somnambulizmdir, ilk örnekleri andırırlar, fakat daha noksandırlar. Köpekli kadının krizi hiç şüphesiz bu karışık türe aittir. Uzun saatler boyunca şu fenomenler birbirini takip eder: önce, hıçkırıklar, yüzden süzülen göz yaşları, çaresizlik haykırışları, kolların göğse vurması ve saçları çekiştirmesi; ardından, sebepsizce ve hak etmeyenler için de ağlarını ören kadere ilişkin nutuklar. Nihayetinde de Lamartine yahut Musset gibi şairlerin kederli dörtlükleri okunmaya başlanır:

> *Vivre un jour sans elle me semblait la mort même.*
> Onsuz bir gün yaşamak benim için ölümdü.
>
> *L'homme est un apprenti; la douleur est son maître.*
> İnsan çıraktır; keder onun üstadı.

Somnambulizmlere özgü bu fenomenlere daha sonra solunum tiklerini incelerken göreceğimiz bazı farklı semptomlar da eklenir; yani, saatlerce düzenli bir şekilde tekrar eden bazı inlemeler ve tekdüze ulumalar. Somnambulizmlerin, abartılı duygusal dışavurumların ve tiklerin birbirine karıştığı karma bir krizdir bu.

Başlangıcın ve sona erişin özelliklerini ve temel dışavurumların mukayesesini gösteren tüm bu nedenlerden sonra, çok sayıda atağın durdurulmuş somnambulizmlerden başka şey olmadığı sonucunu çıkarabiliriz; somnambulizmlerde yüz ifadesi, kelime-

ler ve davranışlar ile ifade edilen düşünce, burada daha aşağı ve yalnızca duygusal bir biçimde ortaya çıkmaktadır, fakat bu duygusal ifadeler burada genişletilmiş ve biçimsizleşmiş bir haldedir. Normal durumdan daha basit ve daha kaba bir hale gelmiş gibidirler. Duygular entelektüel yönlerini kaybederek, daha çok içorgansal ve motor şekillerde ifade edilirler. Düşmüş ve alçalmıştırlar sanki.

II

Histerinin aynı sıklıkta görülen bir başka rahatsızlığı olan uyku nöbetlerini inceleyerek benzer bir sonuca varacağız. Bu semptomun ne kadar büyük merak uyandırdığını bilirsiniz. Uzun zamandır, insanlar tüm uyandırma çabalarına rağmen uyumaya devam eden, saatlerce hatta günlerce mışıl mışıl uyuyanlar karşısında hayret içinde kalmışlardır.

On, on beş gün, hatta bazen aylarca uyuyan bu hastaların tümü aynı türden değildir. Ruhsal durumlarında olduğu gibi fiziksel hallerinde de farklılıklar gösterirler. Kimilerinin uykusu nispeten hafiftir; kişi zaman zaman hareket eder, pozisyonunu değiştirir, birkaç kelime söyler. Kimilerininse uykusu çok daha derindir ve tamamen hareketsizdirler; hatta uzuvlarda belirli bir derecede katılık da görülür. Bu uykunun son evresinde birçok batıl korkuya yol açmış olan letarji ortaya çıkar. Kelimenin kendisinden de anlaşılacağı gibi, bu hastaların görüntüleri ölü bir bedenin görüntüsüne yakındır. Yüz kireç gibi solgun ve ifadesizdir, gözler kapalıdır ve biri bu gözleri açtığında gözbebeklerini irileşmiş ve gözleri hareketsiz bulur; cilt soğumuştur, organların faaliyetleri çok azalmış, nefes yüzeysel ve ender hale gelmiş, kalp atışlarını tespit etmek zorlaşmıştır. Bu durumdaki bazı hastaların ceset sanıldığı ve bu rahatsızlığın zamansız definlere neden olduğu olmuştur. Şahsen böyle hataları duyduğumda daima şaşırmışımdır. Görme fırsatına sahip olduğum letarjik insanlardan hiçbiri, kanaatimce, herhangi bir yanılsamanın nesnesi olamaz; bu absürt hatayı önlemek için biraz dikkat yeterli olurdu. Her şeyden önce, en azından benim gördüğüm nispeten sayıca fazla vakada fonksiyonların tamamen durduğu doğru değildir; nabzı hissedemezsiniz fakat biraz dikkat ile kalbi her zaman duyabilirsiniz; eğer iyi ararsanız, nefesin bir göstergesini daima bulabilirsiniz. Ayrıca sıcaklık çok düşük değildir ve dokunduğunuzda cilt kesinlikle bir cesedin cildi izlenimi vermez. Hatta na-

diren yanıltan bazı tuhaf fenomenler de vardır; gözkapaklarındaki o tipik, hafif titreme, ışığa yahut daha çok acıya karşı tepki olan gözbebeği refleksi, ağız ve burun kapatıldığında ve nefes engellendiğinde pozisyonun değişmesi gibi. Kısacası, letarji içerisindeki histerik bir hastanın nasıl ölü biriyle karıştırılabildiğini anlamakta zorlanıyorum ve bu tip hataların büyük cehalet manasına geldiği kanaatindeyim. Yine de sizleri bu tehlikeye karşı uyarmam icap eder.

Başta da belirttiğim üzere, tıpkı ataklarda olduğu gibi tüm histerik uyku nöbetlerinin de aynı türden olduğunu düşünmüyorum. Histeriklerin içorgansal fonksiyonlarındaki bazı bozuklukları incelediğimizde bu konuyu yeniden ele alacağız. Bugün için bu uykulardan yalnızca en sık görünen biçimlerini anlamanızı istiyorum, yani, kabul edilmelidir ki, en az ciddi ve en az derin olanı. Genellikle birkaç saatliğine uyuyan ve neredeyse normal bir uykuya sahip olan kişilerde görülür bu.

Bu kişilerde psikolojik fenomenlerin ortadan kaybolduğu ve uykularının yalnızca fiziksel bir fenomen olduğu kanaatinde değilim. Zihinde gelişmeye devam eden düşüncelerin varlığı birçok yöntemle ispatlanabilir. Bilhassa, uzun süreli ve ihtiyatlı bir gözlem çoğu zaman size düşüncelerle bağlantılı küçük işaretler gösterir. Dudaklarda, konuşmak istermiş gibi ufak kımıltılar yahut kimi zaman gülümseme, yüzde birkaç geçici ifade, ellerde birkaç küçük hareket meydana gelir. Bazı vakalarda hastanın kendi içine doğru konuştuğu ve onu anlamanıza ramak kaldığı kanısına varırsınız. Ayrıntılı şekilde inceleyemeyeceğimiz bazı süreçler vasıtasıyla, kimi zaman bu bireyler ile iletişime geçilebilir; yalnızca onlara dokunarak ya da konuşarak bile dikkatlerini çekmek ve ardından onlara sorular sorup bazı yanıtlar alabilmek mümkündür. Kimi zaman, en iyi senaryolarda, hasta konuşarak yanıt verir; kimi zamansa parmakları yahut yüzü ile yaptığı küçük işaretlerle yanıtlar. Elini tutup "evet" demek için elinizi sıkmasını söylerseniz, bazen göz kapakları yahut kaşların hareketleri dışında hiçbir şey elde edemezsiniz; kaşların hafifçe aşağı inmesi "evet" anlamına gelir, yukarı doğru hareketi ise "hayır" demektir. Böylece düşüncelerine bir nebze nüfuz edebilirsiniz. Son olarak, daha sık görülen başka vakalarda, bir uyku nöbetinin ardından, bu dersin sonunda kısaca değineceğim yapay yolla meydana getirilen somnambulizm hallerinde bu uyku nöbetinin hatırasını bulabilirsiniz.

Bu çeşitli yöntemleri kullanarak, bu tür hastalardaki hareketsizliğin fiziksel olmaktan çok ruhsal olduğunu tespit edebilirsiniz. Kimilerinin zihninde sabit bir uyku ya da ölüm fikri vardır ve bu düşüncelerini dıştan gerçekleştirirler. Fakat çoğu da uykuyla hiç alakası olmayan düşüncelere sahiptir. Gözlerinin önünde beliren sahneleri izledikleri derin bir hayale kapılmış ya da sonsuz bir iç sohbete dalmışlardır. Ona saldırmaya gelen bir boğadan korkmuş on altı yaşındaki bir kız tamamen hareketsiz ve boğa halüsinasyonu ile dehşete kapıldığı bir uyku nöbetine girer. Bir başkası, otuz iki yaşında bir kadın, bir arkadaşının ölümü üzerine yaşadığı keder içinde kendine kendi ölümüne ilişkin kasvetli hikâyeler anlatır: "Yatağımın yanı başında mumlar var; beni çam kerestesinden küçük bir tabuta koyuyorlar; arkadaşlarım küçük tabutumun üzerine bırakmak üzere beyaz çiçekler getiriyorlar, tabutum orada, iki sandalyenin üzerinde duruyor-" ve bu şekilde hiç durmadan konuşur. Yirmi beş yaşındaki bir adam, bir meslektaşı tarafından kendisine yöneltilen bir suçlama nedeniyle çok üzülür. Bu kişiyle karşılaştığı zaman, taş kesilmiş gibi dona kalır ve sonunda yere yığılır ve uyuyormuş gibi saatlerce kendisine yöneltilen suçlama ile ilgili kendi kendine konuşarak yatar. İşvereninin önünde olduğunu hayal eder ve adalet divanının önündeymişçesine karmaşık iddialarla kendini her şekilde savunur.

Nöbetlerin başlangıç ve sonlarına ilişkin söylediğimiz her şeyi bu uykular için de söyleyebileceğimiz gerçeğini sizlere hatırlatmayı gereksiz buluyorum. Bunlar da benzer şekilde etki bırakan bir olay nedeniyle meydana gelirler ve çağrışımlar ile ilk olayı hatırlatan tetikleyici koşullar burada da aynı rolü oynar. Örneğin, az önce suçlamayı yönelten kişinin görüntüsünün tetiklediği bir uyku örneği görmüştük. *Hipnojenik noktalar* olarak adlandırılan bazı özel noktalara ilişkin de aynı şeyi söyleyebiliriz. Kanaatimce, bu noktalar fiziksel değil, salt ruhsal sebeplerle harekete geçerler, zira ortaya çıkardıkları hissiyat etki bırakan düşüncelerle ilişkilidir. Bu uyku nöbetlerinin sonlarında, somnambulizmlerde olduğu gibi aynı şekilde kayıtsızlıkla uyanma ve bilhassa aynı unutuş vuku bulur.

Dolayısıyla, bu yeni fenomenlerin öncekilerden çok farklı olmadığını görüyorsunuz. Ancak somnambulizmlerde anlaşılır kelimeler, karmaşık davranışlar ve manalı hareketler olduğunu hatırlarsınız; ataklarda kelimeler ve davranışlar ortadan kalkar; şu

an incelediğimiz uyku nöbetlerinde ise hareketler yahut konvülsiyonlar bile yoktur. Bu nedenle, somnambulizmin tüm olguları ortadan kalkmış gibi görünmektedir.

Fakat bu eksik fenomenler kanaatimce esas fenomenler değillerdir. Belirtmiş olduğum gibi, somnambulizmde en önemli şey bilinç halinde varlığını sürdüren ve abartılı bir dereceye kadar gelişen düşüncedir. Eğer kendini duygusal ifadelerle, kelimeler ve hareketlerle dışa vuruyorsa bu gelişim tamamlanmıştır; eğer ilk evre, yani duygusal çalkantı dışında hiçbir şey yoksa gelişim çok daha eksiktir; yine de düşünce devam edebilir ve hastanın bilincini hiçbir dışavurum olmadan ciddi ölçüde işgal edebilir. Kişi, hiçbir şeyin bozamayacağı bir tür meditasyon tarafından zapt edilir; rüyasına yabancı olan hiçbir şeyi algılamaz ve ne olursa olsun hiçbir şekilde uyandırılamamasının ve derin bir uykudaymış gibi görünmesinin nedeni de budur. Bu nedenle histerik rahatsızlığın bu türünün de somnambulizmle bağlantılı olduğunu söylemekte haklıydık; somnambulizm yalnızca bu rahatsızlığın son evresidir.

III

Yeni bir tür değilse de en azından tüm önceki türlerin önemli bir özelliği sayılan bir hususu tam yeri gelmişken kısaca anlatmadan histerik somnambulizmler üzerine bu çalışmayı sonlandırmak istemiyorum. Histerik rahatsızlıkların, elbette onlara özgü olmayan fakat bu noktaya gelmesi nadir görülen oldukça ilginç bir özelliği, yapay yoldan yeniden üretilebilmeleridir.

Çoğu hastalıkta semptomlar bizim tasarrufumuzda değildir. Yalnızca bir çarpıcı örneği ele alacak olursak, bir epilepsi nöbetinin ipleri hiçbir zaman bizim elimizde olamaz; dilediğimiz zaman nöbeti durduramayız, yeniden yaratamayız ya da dilediğimizde ortaya çıkmasını sağlayamayız. Örneğin, on ya da yirmi yıldır epilepsi ile yaşayan ve sıklıkla en tipik epilepsi nöbetlerini geçiren bir kişiyi ele alalım. Eğer, herhangi bir nedenden dolayı, hastanın kendi menfaati için, epilepsi nöbetini incelemek isteseydik; bir nöbetin bizim önümüzde, tüm ayrıntılarını doğru biçimde inceleyebileceğimiz zaman ve araçlara sahip olduğumuz laboratuvarda gerçekleşmesini isteseydik, sizin de bildiğiniz gibi, bu isteği gerçekleştiremezdik. Hastayı karşımıza alıp, her şeyi denesek bile hiçbir patolojik fenomen göstermeyecektir. Hiçbir

şekilde etkilenmeyecek, epilepsi nöbetinin gölgesini bile geçirmeyecektir. Bir saat sonra, biz gittiğimizde, nedenini anlamasak da birdenbire düşüp ciddi bir epilepsi nöbeti geçirecektir. Deney yapmanın hiçbir hükmünün olmadığı bir hastalık bu. Eskiden hastalıkların dörtte üçü için bu böyleydi; günümüzde ise, fizyoloji, mikrobiyoloji ve bir ölçüde de psikoloji alanlarındaki keşifler sayesinde incelemek istediğimiz bazı hastalıkları laboratuvar ortamında üretebiliyoruz. Bildiğiniz üzere Pasteur sığır vebasının -karbonkül- istendiğinde bir hayvana bulaştırılabileceğini gösterdiğinde bir devrim yaratmıştı bu. İstendiğinde bir hastalığı bu şekilde ortaya çıkarabilmek tıp biliminin ve hatta tedavinin başlangıcıdır.

Bu özellik histerik nevrozlarda en üst dereceye ulaşmıştır ve az önce bahsettiğim somnambulizmler için özellikle geçerlidir. Öncelikle bunun monoideik somnambulizmlerin sabit bir özelliği olduğunun farkına varırız. Gelişimi somnambulizmi dolduran bir düşünceyi öznenin zihninde nispeten açık bir şekilde uyandırmamız somnambulizmin yeniden ortaya çıkması için yeterlidir. Kimi zaman bu tip bir düşünceyi uyandırmak için bütünüyle tekrar hatırlatmak, betimlemek, onu oluşturan imgeler üzerinde durmak gerekir; kimi zamansa, bir işaret vermek, o düşünceyle bağlantılı bir söz söylemek, otomatik çağrışım vesilesiyle somnambulizmin geri kalanının gelişmesi için yeterli olur. Kendini pencereden atarak yeğeni Pauline'in yaptığını yapmak istemiş genç kadına Pauline'den söz edin; yeğeninin intiharını düşünecek, pencereye doğru gidecek ve tüm sahneyi yeni baştan canlandıracaktır. Irène'e annesinin ölümünü sorduğunuzda ise şunlardan biri olur: Ya, daha önce belirttiğimiz gibi, soruyu anlar, yalnızca kısmen ve belli belirsiz yanıtlar ve annesinin ölümüne, hatta hastalığına ilişkin bir şey anımsamaz; ya da yeterince ısrar ederseniz, ona çektiği acı ile ilgili gerçekleri hatırlatırsanız, sakinliğini kaybeder, tedirgin hale gelir ve bizi duyamaz yahut çevresindeki nesneleri göremez olur. Kısa bir süre sonra rüyasına dalıp gider, sözünü ettiğimiz ıstırabın ayrıntılarını heyecanlı bir tonda anlatır ve annesinin ölümü ile kendi tren altında intihar girişimi sahnelerini canlandırmaya başlar; somnambulizm yeniden başlamıştır.

Az önce söylediklerimiz somnambulizmin diğer tüm biçimleri için de geçerlidir; örneğin, yeni durumların meydana gelmesiyle rüyanın dönüşüm geçirdiği poliideik somnambulizmler ve

hatta baskın düşüncenin üzerinde durduğumuzda hastanın yeniden başlamasına sebep olabileceğimiz füjler. Genç R.'nin çoğu füjü bir bakıma deneyseldi; arkadaşları, sohbetleri sırasında hastayı etkilemiş olan seyahat hikayelerini hatırlatarak onları tetiklerdi. Dahası, -az bilinen bir gerçektir- çifte varoluşlar da deney yoluyla üretilebilirler. Bir önceki derste incelediğimiz ve üzerinde sık sık durmuş olduğum Marceline'in kayda değer vakasını hatırlatmama izin veriniz. Bildiğiniz gibi, bu hasta hipnoz ile dönüşüm geçirmiş ve on beş yıl boyunca çift varoluşa sahip olmuştu; birincisi, histeri nedeniyle meydana gelen depresyon, anestezi, amnezi ve anoreksiya yaşadığı durum, ikincisi ise yapay uyarılma ile ortaya çıkan duyuların ve hafızanın yerinde olduğu sağlıklı durum. Hakikaten bir tür yapay Felida'ya dönüşmüştü ve bizlere çifte varoluşun yapay yollarla yaratılabileceğini göstermişti.

Somnambulizmlere ilişkin söylediklerim duygusal nöbetler ve rüyalı uyku nöbetleri adı altında az önce incelediğimiz tamamlanmamış somnambulizm biçimleri konusunda da doğrudur. Histerojenik ve hipojenik noktaları tarif edenler şu özellik üzerinde çok durmuşlardır; bu noktaların uyarılmasıyla herhangi bir zamanda hastanın atağa ya da uykuya geri dönmesi sağlanabilir. Bir hasta alt karın bölgesine bastırıldığında konvülsiyonlara tutulmuş; bir diğeri göğüslerinden birine dokunulduğunda uyku nöbetine girmiştir. Artık bu fenomenlerin ne anlama geldiğini biliyoruz; öncekilerle aynı gruba aitler. Tetiklenen his yine krizin psikolojik fenomen grubuyla bağlantılı bir sinyaldir. İşin esası, bu fenomenleri yapay yolla nüksettirebileceğimiz gerçeğidir.

Bu şekilde yapay yolla yaratılan durumlar, özellikle de somnambulizmler çok geçmeden bir miktar değişime uğrar. Belirli bir süre sonra, artık asıl ve doğal fenomenin aynısı değillerdir. Bunun nedeni, poliideik somnambulizmleri incelerken gördüğümüz üzere, bu durumda yeni düşüncelerin durmaksızın gelişebilmesidir. Durumu yapay bir şekilde tetikleyen deneycinin düşüncesi büyük bir rol oynar. Deneyci, kendini hastanın somnambulizmine gitgide daha fazla dahil edebilir. Başlangıçta, hasta onu yalnızca somnambulik rüyası ile ilgili düşüncelerden bahsederse anlayabilir, fakat kısa bir süre içinde artık o da rüyanın bir parçasıdır ve neyden bahsederse bahsetsin işitilir ve anlaşılır. Hastası üzerinde gitgide daha fazla etkiye sahip olan deneyci, çok geçmeden somnambulizmi dönüştürmeye, ona yalnızca de-

neycinin alışkanlıklarından kaynaklanan tuhaf biçimler ve yasalar vermeye başlar. Örneğin, bir deneyci, normalde "siz" diyen hastasına somnambulizmi sırasında "zat-ı aliniz" demeyi öğretir; bir başkası hastasını gözlerine dokunulduğunda derin bir uykuya dalmaya ve kafasının tepesine dokunulduğunda uyanmaya alıştırır. Bu fenomenler önceleri somnambulizmin yasaları olarak sunulmuştur ve Charcot'nun zamanında hararetli tartışmalara neden olmuştur. Kimi hastalarda, hipnoz ismi verilen yapay bir somnambulizm bu şekilde oluşmaktadır.

Bu hipnoz, ayrıntılı olarak ele alamayacağımız ve kendimi yalnızca hakkındaki kişisel görüşlerimi paylaşma ile sınırlayacağım ciddi bir soruyu daha gündeme getirmektedir. Hipnoz, histerik somnambulizmden farklı bir şey midir? Kendine has, histeriden bağımsız anormal bir durum mudur? Bu konu üzerine ne büyük savaşlar verildiğini hatırlarsınız. Şahsen bu hususta hiçbir çekincem yok ve görüşümün başlıca nedenleri de şunlardır. Birincisi, kendi içinde düşünüldüğünde, hipnotik durumun, doğal histerik somnambulizmlerde de bulunamayan hiçbir özelliği yoktur. Sunduğu değişimler kolaylıkla eğitimin sonucu olarak açıklanabilir.

İkincisi, bu durumun oluşturulabileceği hastaları incelerseniz, zaten şu veya bu şekilde somnambulizm geçirmiş olan histeri hastaları olduklarına ya da başka rahatsızlıklar göstermiş olsalar da histeriye özgü zihinsel duruma sahip olduklarına kani olursunuz.

Üçüncüsü, önyargılara kapılmadan konuyu incelediğinizde, histeri dışında hastalıklara sahip kişilerin -örneğin; epilepsi hastaları, şüphe manisi geçiren psikasteni hastaları, sistematik hezeyandan muzdarip kaçıklar- hiçbir zaman hipnotize edilemedikleri ve bu hastalarda eksiksiz ardışık amnezileri olan gerçek bir somnambulik durumun yaratılamayacağı gerçeğini teyit edebilirsiniz.

Dördüncü ve oldukça mühim bulduğum bir husus; bu yapay somnambulizm, doğal somnambulizmlerle aynı şekilde tedavi edilmekte ve ortadan kaybolmaktadır. Histerisi azalan, iyileşmeye yaklaşan, zihinsel durumu değişen bir hasta hipnotize edilebilir olmaktan çıkar.

Beşinci ve son olarak, bu iki durum birbirine o denli benzerdir ki algılanamayan geçişlerle birinden diğerine geçilebilir. Doğal somnambulizm içerisindeki bir kişi ile iletişime geçebilirsiniz;

önce ona rüyasından bahseder, sizi dinlemesini sağlarsınız, ardından düşüncelerini yönlendirebilir ve istediğinizde onu hipnoz durumuna sokabilirsiniz. Bunun tam aksine, hipnoz durumu, eğer kişinin zihnini yeterince yönlendirmezseniz, bağımsız bir rüya durumuna, bir histerik somnambulizm durumuna dönüşebilir.

Kısacası, hipnoz durumuna özel bir yer açmak için bir nedenimiz yok gibi görünmektedir; hipnoz, öncekine benzer bir somnambulizmdir ve ondan yalnızca kendiliğinden gelişmek yerine yapay yolla elde edilmesiyle ayrılır. Böylelikle, histeriyi karakterize eden ve nevroz rahatsızlıklarının yarısından fazlasını oluşturan somnambulik rahatsızlıkların farklı türlerini gözden geçirmiş olduk.

VI
Motor Ajitasyonlar – Kontraktürler

Uzuvlardaki motor fonksiyonlarda bozukluklar – Hareketlerde görünür abartı – Tik fenomeni – Ritmik koreler – İstencin, bilincin yokluğu, anestezi – Teşhis – Tremörler – Kontraktürler – Bu rahatsızlığın klinik önemi – Zihinsel fenomenlerin rolü – Bu histerik rahatsızlıklarda hareketlerin giderek bozulması

Tarihinin peşine düşmüş olduğumuz histerik nevrozlar çoğu zaman ilk bakışta somnambulizmlerden farklıymış gibi görünen, doğası oldukça başka rahatsızlıklar sunarlar. Bu rahatsızlıklar somnambulizmler gibi tüm bedeni ve tüm zihni etkilemezler; yalnızca bazı fonksiyonları bozar gibi görünürler. Özellikle bugün ele alacağımız rahatsızlıklar yalnızca uzuvların motor fonksiyonlarını etkilerler. Somnambulizmlerde hezeyan geneli kapsarken, bu rahatsızlıklarda koldaki ya da bacaktaki bozukluklara rağmen, en azından bazı vakalarda, zihin hiç zarar görmemiş gibi görünebilir. İkincisi, şu an ele aldığımız motor bozukluklar geçici değil, kalıcıdırlar. Ataklar ve somnambulizmler gibi belirli anlarda ortaya çıkıp ara ara kaybolmak yerine, hastanın durumu ne olursa olsun uzun süreler boyunca, günler yahut aylarca sürebilirler. Nöbetler sırasında da nöbetler arasında da var olabilirler. Gördüğünüz üzere bu fenomenler bariz bir şekilde oldukça farklıdırlar.

Yine de çoğu doktor, özellikle de geçen yüzyılın sonundan itibaren, bu motor bozuklukların tümünü aynı nevroza, histeriye bağlamakta tereddüt etmemiştir. Belki de daha sonra somnambulizmlerdeki gibi altında zihinsel bozuklukların bulunduğunu göstererek bu tanıyı doğrulayabileceğiz. Şimdilik tartışmamızı henüz bilinmeyen bu özelliğe dayandıramayız ve bu motor bozuklukların teşhisini yalnızca klinik açıklamalar ile gerekçelendirmek mecburiyetindeyiz. Yalnızca önceki somnambulizmlerle aynı kişilerde ve aynı şartlar altında ortaya çıktıklarını

gözlemlemekteyiz. Bugün anlatacağımız bu hareket sapmalarına, ajitasyonlara ya da felçlere sahip hastalar önceden bildiğimiz hastaların aynılarıdır; kısa bir süre önce monoideik somnambulizmler, füjler ya da nöbetler geçirmişlerdir. Eğer istersek kendiliğinden olan somnambulizmlerin yeniden üretimleri olarak gördüğümüz hipnoz durumlarına girebilirler. Birbirinden farklı olan bu rahatsızlıklar söz konusu hastalarda birbirlerini izleyebilir. Bu hastalar, bir nöbetin ardından spazm yahut felç geçirebilirler ya da tam aksine bu hareket bozuklukları yeni bir nöbette ya da somnambulizmde kaybolabilir. Kuşkusuz bunlar çürütülemez mutlak sebepler değildir ve motor fenomenlerin doğasını daha iyi bildiğimiz zaman teşhisi tamamlamak gerekecektir; fakat neticede bu sebepler histerik olanı incelemeyi sürdürürken hastaların sunduğu bu fenomenleri inceleme işine girişmeye bizleri teşvik etmek için yeterli olur.

Yukarıdaki özelliklere sahip motor bozukluklar oldukça çeşitli ve düzensizdir. Bunları iki büyük grupta toplayabiliriz: birincisi hastanın iradesini aşar gibi görünen ve rızası dışında yanlış zamanlarda gelişen görünür hareket abartısı fenomenleri; ikincisi de tam aksine, öznenin irade ve bilincine hareketin itaat etmeyerek gerçekleşmediği yetmezlik fenomenleri. *Motor ajitasyonlar* genel adıyla adlandırdığımız ilk grupta *tikler*, *koreler* ve *kontraktürler*; ikinci grupta ise tuhaf *fonksiyonel felçler* ya da düşünceye dayanan felçler sıralanır. Bugün yalnızca ilk grubu inceleyeceğiz.

I

Birçok koşulda karşılaşılan yaygın tik fenomenini hepiniz bilirsiniz; Fransızca kelimeyi kullanmayı öneriyorum zira iyi bir İngilizce karşılık bulamadım. Bütün tiklerin histerik olduğunu düşünmemelisiniz. Bazı epileptik tikler, hatta daha sık görülen psikastenik tikler mevcuttur, ancak kendimizi yukarıdaki tanı ile sınırlayacak olursak, daha önce tüm somnambulizm biçimlerini yaşamış olan hastalarda görülen ve bu somnambulizmlerle dönüşümlü olarak meydana gelen bazı tikler bulunmaktadır.

Bu tikler temelde mevcut koşullarla ya da hastaların bilinciyle hiçbir bağlantısı olmadan rastgele ortaya çıkan yüz, baş ya da uzuvların küçük hareketlerinden oluşur. Bu isim genellikle oldukça ani ve küçük, kısa süren hareketler için kullanılır ve aynı istemsiz hareketlerin daha büyük ölçekli halleri için farklı terim-

ler kullanılmaktadır. Bu küçük kas titremeleri vücudun her bölgesinde kendini gösterebilir. Özellikle de yüzde görebilirsiniz; gözleri, burnu, ağzı etkileyen çok çeşitli yüz buruşturma şekilleri vardır. Hasta alnını çeşitli şekillerde sıkar, kaşlarını kaldırır ya da indirir, göz kırpar, yana doğru bakar; burun deliklerini titretir, ya çok açar ya çok kapatır. Bugün detaylıca inceleyeceğimiz oldukça ilginç bir hasta sol burun deliğinden şiddetli bir biçimde hava üfler. Diğerleri burunlarını siler ya da hapşırır gibi hareketler yaparlar; dudakları aniden bir tarafa ya da diğer tarafa çekilir, öne doğru gerilir veya geriye doğru büzülür ya da üst ve alt dudak sürekli ısırılır. Boyun tikleri psişik boyun sertliği adı ile tanımlanmıştır; hasta, istemsizce ve aniden başını bir omzuna doğru eğer, geriye çeker, öne doğru büker veya ekseni etrafında döndürür. Bu hareketleri, herhangi bir şekilde açıklamayı yahut gerekçelendirmeyi imkânsız kılacak şekilde iki üç saniyede bir tekrarlar.

Beslenme ya da nefes tikleri gibi organsal fonksiyonlara bağlı tiklerden şimdi söz etmeyeceğim; derhal uzuvlardaki tiklere geçiyorum. Bunlarda kollar, eller tuhaf alışkanlıklar edinmiş gibilerdir; aniden yükselir ya da geriye doğru hareket ederler; omuzlar konvülsif bir biçimde sallanır; bacaklar yürüme eylemini düzenli bir biçimde icra etmek yerine, dizde, ayaklarda ya da parmaklarda meydana gelen küçük tuhaf bir titremeyle yürüyüşü mütemadiyen sekteye uğratırlar. Sayısız biçimi olan bu küçük hareketler hiç şüphesiz kolların her hareketini engeller ve uyanık durumda meydana geldiklerinde yürüyüşü neredeyse imkânsız hale getirirler.

Gelin, tanımlamamızı yarıda kesmemek adına hemen daha büyük ölçekte olan ve bu nedenle de kore[1] olarak adlandırılan aynı türden istemsiz ve faydasız hareketlere geçelim. Bu ayrım özünde çok elzem değildir ve bizi tüm motor ajitasyonları aynı gruba koymaktan alıkoymamalıdır. Hekimlerin histeriyle arasında bir bağlantı saptadığı ilk kore türü *ritmik koredir*; bu şekilde adlandırılmasının nedeni hareketlerin adeta bir sarkaç gibi belirli aralıkla düzenli olarak tekrarlamasıdır. Bu tarz ritmik hareketler histeri nöbetlerinde sıkça gerçekleşir; sözünü etmiş olduğum ba-

[1] Başlıca belirtisi kısa, çabuk, değişken yapıda irade dışı hareketler olan bir hastalık. Yunanca "uyum içinde dans etmek" anlamına gelen *khoreia* kelimesinden Latinceye *chorea* olarak geçmiştir –çn.

sit nöbetin komplikasyonlarını oluştururlar. Hastalar, çoğu zaman, bilinçlerine kavuşmaksızın bazı kusursuz düzene sahip, tuhaf jimnastiklere dalmak için duygusal dışavurumlarını durdururlar.

En yaygınlarından biri Charcot'nun anlatmış olduğu reverans hareketidir: Yatağında uzanmakta olan hasta oturur vaziyete geçer, ardından reverans yaparmış gibi başını ve vücudunu bazen dizlerine değene dek öne eğer, sonra da birdenbire başı yatağa düşene kadar kendini geriye atar. Bir an sonra yeniden başlar; bu şekilde bu reveransı dakikada yirmi ya da kırk kere saatler boyu yineleyebilir. Diğerlerinde kolda ya da bacakta vurma benzeri hareketler vardır; bir çekiçle düzenli olarak bir şeye vurduğunu sanırsınız. Sıçrama hareketlerine sahip hastalar da vardır; uzanırken ya da ayaktayken düzenli olarak zıplar ya da dans eder gibi görünürler. Bu kesin ve sınıflandırılmış hareketlerin yanı sıra belirli bir ismi olmayan yüzlercesi mevcuttur: Biri yumruklarını sıkar ve aniden iki yumruğunu vücudunun ortasına doğru çeker, ardından tekrar açar ve bunu sınırsızca tekrarlar; bir diğeri durmadan sağ bileğini sanki bir direksiyona sabitlenmiş gibi döndürür. Tüm bu hareketlerde aynı ritmik düzen mevcuttur. Charcot, buna ilişkin Hamlet'ten "Delilik de olsa bu, bir düzen var içinde," sözünü alıntılamış ve bir bale hocasının hastaların bu tuhaf ve düzenli hareketlerini gözlemleyip yazabilmesini dilemişti.

Bu hareketler güçlerinin ve ritmik düzenlerinin azami seviyesine nöbet sırasında ulaşırlar fakat sözünü ettiğimiz motor ajitasyonların karakteristik özelliği olarak, nöbet aralarında da pekâlâ devam edebilirler. Hasta düzgün bir şekilde konuşur; bilincinin tümüne hakimdir, hafızasının tamamını muhafaza eder, hatta zarar görmemiş uzuvlarıyla işlerini yürütebilir, lakin sağ eliyle o döngüsel hareketi yapmayı ve iki elini bir araya getirip tekrar ayırmayı sürdürür.

Her ne kadar belirgin histerik korelerin karakteristik özelliği ritim olsa da ritmin bulunmadığı korelerin bu büyük nevroza dahil olmadığını zannetmemelisiniz; önceleri öyle sanılıyordu fakat bu fazla basit tanının düzeltilmesi icap etti. İstemli hareketler arasında hiçbir düzen olmaksızın ortaya çıkan, kollarda ve bacaklarda belirli bir özelliği olmayan sarsıntılardan oluşan ve Sydenham koresi adı verilen oldukça düzensiz bir kore, şimdi uğraşmamızın gerekmediği, yaygın bir koredir. Bununla birlikte,

bu tür bir korenin yetişkinlerde veya ergenlik sonrası gençlerde ortaya çıkması halinde dikkatli olmalısınız, zira bu koreler, aritmik olsalar da pekâlâ histeriye bağlı olabilirler. Çalıştığı fabrikada meydana gelen bir patlama nedeniyle dehşete düşmüş olan otuz bir yaşındaki genç kadın on yıldan uzun bir süre boyunca histerik olduğuna şüphe olmayan hezeyanlar, nöbetler ve her türden somnambulizmler geçirmiştir. Bu çeşitli rahatsızlıklar arasında, onların yerini alan ya da onları takip eden oldukça uzun süreli kore dönemleri yaşamıştır. Tüm uzuvlardaki ve kafadaki bu kore hiçbir ritim göstermemişse de hastanın öteki rahatsızlıkları gibi bunun da histerik bir fenomen olduğunu iddia etmekte tereddüt etmiyoruz. Aritmik korenin, histerik motor ajitasyon dahilindeki olası biçimler arasında sayılması gerektiğini açıkça gösteren yaklaşık yirmi adet bu tür oldukça tipik gözlem saptanmıştır. Dolayısıyla, teşhis yalnızca önceki ve eşzamanlı rahatsızlıklara değil, aynı zamanda ona eşlik eden ve üzerinde durmamız gereken zihinsel duruma da bağlıdır.

II

Bu hastalardaki tikler ve koreik hareketler her ne olursa olsun, onlara eşlik eden bazı psikolojik özellikler gözlenmektedir, ki bu motor rahatsızlıklar uyanık halde de sürdüğü ve hastaya nasıl hissettiğini sormak mümkün olduğu için bu özellikleri ayırt etmek daha kolaydır. Hareket uyanık halde de mevcut olduğu zaman ona eşlik eden zihinsel durum daha iyi fark edilebilir.

Her şeyden önce, öznenin iradesinin bunun üzerinde hiçbir etkisi yoktur. Özne elbette söz konusu hareketi yapmayı hiç istemediğini iddia eder ve bu durumdan kurtulmayı ne kadar istediği de tavrından anlaşılır fakat hareketi kendisi başlatamadığı gibi kendisi sonlandıramaz. İradesinin çabaları aciz kalır; büyük gayretler göstererek özne ritmik hareketi en fazla aksatabilir, daha düzensiz hale getirir, vücudunun geri kalanındaki sarsılmalarla karmaşıklaştırabilir. Hareket durdurulamaz ve öznenin istemli çabaları son bulduğunda daha düzenli bir şekilde yeniden başlar.

Anlaşıldığı üzere bilincin de bu fenomen üzerinde ciddi bir hükmü yoktur; özne tikinden ya da koresinden pek az haberdar gibi görünür; sıklıkla bilmeden yapar, dikkat kesildiğinde bile ya çok az hisseder ya da hiç hissetmez; hareket kusursuz düzeninde

devam ettiği halde gözlerini kapattığında kolunun artık hareket etmediğini pekâlâ iddia edebilir.

Histerik rahatsızlıklarda giderek daha büyük rol oynayacak olan his kaybı fenomeninin burada da ortaya çıktığını görüyoruz. Somnambulizmi ele aldığımız sırada his kaybından pek az söz ettik; ilk olarak, somnambulizm son bulduğunda, rahatsızlık bütünüyle bitebilir; bir somnambulist uyanık haldeyken illa ki hissiz değildir; yalnızca amneziktir; somnambulizmin işareti amnezidir, anestezi değil. Somnambulizm sırasında bir anestezinin mevcut olduğu doğrudur, fakat bu oldukça kendine özgüdür ve yalnızca öznenin rüyalarına ilişkin olmayan olgulara etki eder. Motor bozukluklarda ise histerik anestezi olarak adlandırılan hissizlik devreye girer. Kendini iki şekilde gösterebilir; kimi zaman sistematiktir ve yalnızca tik ya da koreyi oluşturan hareketle ilişkilidir. Özne alnını hareket ettirdiğini ya da eliyle yatağına düzenli olarak vurduğunu hissetmez; fakat diğer şeyleri hisseder ve özellikle de koreik hareketi yaptığı sırada birinin eline dokunduğunu söyleyebilir. Gittikçe daha önemli hale gelecek olan bu sistematik anesteziye dikkat ediniz. Kimi zaman anestezi daha etkindir ve bir tik ya da bir koreden etkilenen uzuvların tamamında his kaybı görülür. Örneğin, sözünü ettiğim hastalardan biri sağ eli ile daire çizmekte ve sağ ayağını ileri geri hareket ettirmektedir; bu hastanın sağ tarafının tamamı neredeyse hissizdir.

Bu anesteziler ve bu türden bir şuursuzluk tanıda önemli bir rol oynamalıdır; başka nitelikteki tiklerde, özellikle de psikastenik tiklerde aynı özelliklere aynı derecelerde rastlamazsınız. Psikastenik olanlarda, istemsiz gibi görünseler de tiklere ciddi oranda bilinç ve dikkat eşlik eder. Özne, tikini düşündüğünde, dikkatini o organa yönlendirdiğinde ve onu hareketsiz tutmaya çalıştığında tik ortaya çıkar. Dikkatini vermenin bu hastalarda tiki azaltacağı yerde arttırdığı görülmektedir. Öte yandan, dikkatin dağılmasının kimi zaman olumlu bir etkisi olduğunu gözlemleyebilirsiniz. Özne, hastalığını unuttuğunda ve zihni başka bir şeyle meşgul olduğunda, tik kaybolur. Bu hastada tikin bilinçli olduğunu, öznenin düşünceleri ile bağlantılı olduğunu görürsünüz. Dolayısıyla bu vakada anestezi mevcut değildir. Özne, hareketini ve etkilenen uzvunda olan her şeyi pekâlâ hisseder. Histerik vakada, dikkat kesilmek hareketi durdurur; dikkatin dağılması halinde hareket gelişir, daha eksiksiz ve düzenli hale gelir ve sıklıkla anestezi ile birlikte görülür.

Tanı koymaya yarayan bu özellikler fenomenin niteliğini daha iyi anlamamızı sağlar. Esasında tikler ve koreik hareketler göründüklerinden çok daha düşünsel fenomenlerdir. Başlangıçlarında, tıpkı somnambulizmlerin başlangıcında olduğu gibi birçok zihinsel fenomen fark ederiz. Biri, yüzü yahut gözüne etki eden bir kaza geçirmiştir; ötekinin dişinde bir ağrı vardır; sürekli olarak burun deliklerinden biriyle üfleyen adamın burnunda çok uzun zamandır bir kanama sonucu oluşan bir yara kabuğu vardır. Zihinsel boyun tutulmaları bulunan tüm hastalar başın belirli bir hareketine ilişkin ruhsal bir tesir altında kalmışlardır. Şu sıralar tedavisiyle meşgul olduğum bir genç kız evinde çok sıkılmaktaymış; sokağa bakan bir pencerenin yanında bütün gün çalışıyormuş. En büyük arzusu tekdüze işini bırakıp sürekli bakıp durduğu sokağa çıkmakmış. Her saniye gözlerini işinden kaldırır, sokakta neler olup bittiğini görmek için başını sola çevirirmiş. Yavaş yavaş başının sürekli sola döndüğünü hissetmiş ve hatta şapkasının o tarafına çok ağır geldiğini söylemiş. Tuhaf bir tanı ve alçı sargısı uygulaması durumunu ciddi biçimde ağırlaştırmış ve artık bu hastanın sağ yanında zihinsel boyun tutulması mevcut.

Bu düşünceler, başlangıçtaki bu az çok belirli zihinsel fenomenler tik ve korenin gelişimi boyunca devam eder. Gelin çok sık değindiğim enteresan bir hikâyeye dönelim; yani durmadan sağ bileğini döndüren ve sağ ayağını düzenli bir biçimde kaldırıp indiren on altı yaşındaki kızın ritmik koresinin başlangıcının hikâyesine. Genç kız bir akşam, yoksul işçiler olan anne ve babasının müşkül durumları ve kirayı ödemenin güçlüğü hakkında hayıflandıklarını duyar. Bundan çok etkilenir ve o zamandan beri geceleri yatağında dönüp dururken "Çalışmalıyım, çalışmalıyım" diye sesli bir şekilde tekrarladığı bir tür somnambulizm geçirir. Peki bu kızın mesleği nedir? Oyuncak bebek gözleri yapmak gibi nadir bir zanaatı vardır ve bunun için ayağıyla bir pedal çevirerek ve sağ eliyle bir çarkı döndürerek bir tornada çalışmaktadır. Gece somnambulizm sırasında bu el ve ayak hareketini tekrarlar fakat bu harekete belli ki mütekabil bir bilinç durumu eşlik etmektedir zira genç kız yeniden "Çalışmalıyım" diye sayıklar. Bu basit bir somnambulik eylemdir, tıpkı diğer tüm incelediklerimiz gibi. Uyandığında, rüyasına dair bir anımsama ya da bilinç yoktur, fakat hareket sağ yanında aynen devam eder. Hâlâ aynı türden bir bilinç halinin eşlik etmesi olası değil midir?

Bu bilinç halini artık nasıl etki edeceğini bildiğimiz bazı de-

neylerle açıkça ortaya koyabiliriz. Hastaları hipnotize ederek, tiklerin devam etmesini çok iyi açıklayan rüyaları yeniden bulursunuz. Örneğin, genç bir kadın sözde bir vertigodan şikâyet eder; sokakta, her yüz adımda bir öne doğru düşermiş gibi hisseder; aniden adım atar ve bu sırada sıklıkla da düşer. Ne ilginç bir vertigo! Üretilmiş bir somnambulizm sırasında ise bize şunu anlatır: Bir gün anne babasının yanına gitmiş ve onlar tarafından uygunsuz davranışları yüzünden sertçe ayıplanmıştır. Evlerinden çıkarken birçok şeyi basitleştiren bir karar verir; intihar etmeyi kafasına koyar ve rüyasında (çünkü neyse ki yüksek derecede histeriktir) Seine Nehrinin kıyısındaki korkuluğun üzerinde olduğunu, bir adım attığını tasavvur eder ve yere düşmeyle uyanır. Tüm bu vakalarda öznenin farkında olmadığı bir imgeler sisteminin mevcudiyeti inkâr edilemez.

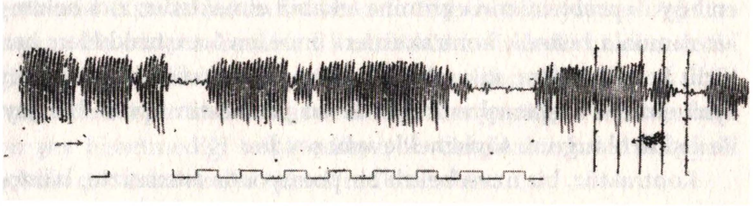
Tüm motor fonksiyonların rol oynadığı büyük ve düzensiz korelerde daha büyük güçlükler mevcuttur. Bu artık yalnızca özel bir düşünce, bilinç dışında gelişen bir imgeler sistemi değil, serbest kalan bütün bir fonksiyon, kolu ya da bacağı hareket ettirme fonksiyonudur. Karşımıza ilk defa çıkan bu fenomene şimdilik dikkat edelim; yeni çalışmalarla gittikçe daha açık hale gelecektir.

III

Aslında bürünebilecekleri diğer biçimleri incelediğimiz zaman -ki bunlar histerinin en önemli fenomenleri arasında yer alırlar- bilincin dışında bağımsız olarak işlevini sürdüren bu tür çözülmüş motor faaliyetlerin ortaya çıkardığı güçlük ciddi şekilde karmaşık hale gelmektedir. Kastettiğim fenomenler tremörler ve kontraktürlerdir.

Çok sayıda vakada histeri hastalarının tikler ve koreler dışında hareket bozuklukları da vardır. Uzuvları öncekilerden farklı tuhaf bir ajitasyonun etkisi altındadır; örneğin, tremörlere tutulurlar; kolda saniyede ortalama beş ila dokuz oranında küçük ve düzenli titreşimler olur. Bu titremeler neredeyse süreklidir. Kimi hastalarda bu hiç durmaz, dinlendiklerinde ya da hareket ettiklerinde de devam eder; kimlerinde ise tremörler aralıklıdır, istemli faaliyet sırasında kaybolur, dikkatin dağılması ve dinlenme halinde artarlar. Fakat bir kural saptamak mümkün değildir; zira saçınımlı skleroza benzer kasıtlı titreme biçiminde sıklıkla zıttını

gözlemlersiniz; dinlenme halinde neredeyse hareketsiz olan özne bir eylem gerçekleştirmeye çalıştığında titremeye başlar (Figür 7).



Figür 7. Bir histerik tremör vakası grafiği. Ok, grafiğin okunması gereken yönü belirtir. Alt çizgi, zamanı saniye cinsinden gösterir.

Bu tremörler çeşitli koşullar altında, kimi zaman felç olaylarından sonra kademeli olarak, kimi zaman da bir duygu durumunun ardından aniden ortaya çıkar. Gözlemlediğim en iyi vakalardan biri, iskelenin çökmesi sonucu altıncı kat yüksekliğinde asılı kalan bir işçinin vakasıdır. Diğerleri bir korkunun, kötü bir haber almanın ardından başlamışlardır bu titremelere. Gözlemlerimden birinde, sağ kolda başlayan tremör bir rüya sonucu ortaya çıkmıştır. Hasta, rüyasında bir katili sağ koluyla geri ittiğini görmüş.

Bazı nadir vakalarda, tremörlerin arkasında, tiklerin arkasında da olduğu gibi, bilinçten ayrılmış saplantılı bir fikrin varlığını bulabilirsiniz. Sağ elinde şiddetli bir tremör olan bir kadın en sonunda ruhlara sorular sormak için uzun zamandır yaptığı otomatik yazı uygulamasının sonucu olarak tremörünün ortaya çıktığını itiraf etmiştir. Tremörün durması ve yazmaya dönüşmesi için sağ eline bir kalem yerleştirmek yeterli olmuştur.[2] Bu nedenle uğraştığımız şey hiç şüphesiz tremör görünümünü almış olan tamamlanmamış bilinçaltı bir eylem ile birlikte vuku bulan bir tür tikti.

Ancak, çoğu vakada, tremörün arkasındaki şey yalnızca belirsiz bir duygusal durum ve uzuvdaki motor fonksiyonun dönüşümüdür.

Son derece ciddi histerik kontraktür fenomenlerinde gözlemlediğimiz şey budur. Bu fenomenlerin tarihinin Brodie'nin 1837'deki "Lectures Illustrative of Certain Local Nervous Affec-

[2] Bkz. "Névroses et Idées fixes," II, Gözlem 95, s. 332.

tions"[3] adlı derslerinde başladığını bilirsiniz; bir de Coulson'ın 1851, Paget'nin 1877 tarihli çalışmalarıyla, Charcot'nun, Lasègue'in ve Paul Richer'nin çalışmaları vardır. Bu tarih tıptaki en büyük problemlerin evrimine tekabül etmektedir; zira hekimler zamanla histerik kontraktürleri önceden karıştırıldıkları her türlü kemik, eklem, ilik rahatsızlıkları yahut sinirsel hastalıktan ayırt etmeye başlamışlardır. Bu da bu problemin tıptaki her şey ile ilişkili olduğunu söylemekle aynı şeydir.

Kontraktür, bir uzvu belirli bir pozisyonda istemsizce, bilinçsizce ve süresizce tutan bir kas grubunun orta ölçekli kasılması halidir. Bu tür kontraktürler vücuttaki her kasta ve her bölgede gözlemlenebilir; yalnızca kısaca değineceğim tıbbi sorunlara neden olabilirler. Gözlerde, orbiküler spazma ve göz kapaklarında tıkanmaya yol açar; ağızda ise sıklıkla tek bir tarafa yerleşip yüzün bükülmesine neden olurlar. Her iki durumda da taklit ettikleri felç fenomenlerinden, kasılma yerine pasifçe düşen göz kapağı sarkmasından ve aynı şekilde yüzün ters yöne yamulmasına neden olan yüzün bir yanındaki felçten dikkatlice ayırt edilmeleri gerekir. Göz kapaklarındaki sarkma ve yüzdeki tek taraflı felcin önemini bilirsiniz; teşhisleri hayati önem taşır. Kontraktür, boyuna, sırta, karına yahut gırtlağa da yerleşebilir ve her bölgede yeni sorunlar meydana getirir. Kâh omurga hastalıklarını, omurga sapmalarını taklit eder; kâh nefes alışverişi değiştirerek bir akciğer hastalığının mevcudiyetine inandırır sizi. Kimi vakalarda karındaki tüm olası tümörlerin görünümüne bürünür. Histerinin sebep olduğu büyük tıbbi hatalara yol açan işte bu kontraktürlerdir. Uzuvlara gelince, dizdeki beyaz tümör ve tüberküloz kozaljisi gibi önemli problemlerle karıştırılan bacak ve kalça kontraktürleri vardır. Bana kalırsa en uzman hekim bile histerik kozalji ve tüberküloz kozaljisi arasında karar verirken hiç hata yapmayacağını iddia ederek övünmemelidir. Kollara gelince, genellikle o kadar ciddi bir güçlük yoktur; fakat yine de sahte omuz lüksasyonlarına, artritlere, bilek ve dirsek kistlerine karşı dikkatli olmalısınız. Kontraktürlerden daha önemli klinik bir sorun yoktur.

Tuhaftır ki, aynı zamanda burada önemli bir psikolojik problemle, patolojik psikolojinin şüphesiz en belirsiz sorularından biriyle de karşı karşıyayız. Kuşkusuz bu kontraktürlere ilişkin bazı

---

[3] Bazı Bölgesel Sinir Hastalıkları Üzerine Betimleyici Dersler –çn.

fenomenler gayet açıktır; birincisi, biliyoruz ki kontraktürler, tüm histerik fenomenler gibi, düşüncelerin ve duygusal fenomenlerin sonucudur. Büyük hayal gücü fenomenleri meydana getirmesi dışında şokun bu konuda hiçbir etkisi yoktur. Açıklayayım: Bir adamın bacakları kontraktür halindedir çünkü, dediğine göre, bacaklarının üzerinden bir taşıt geçmiştir. Olayın doğrulanmasının ardından taşıtın arkasından geçtiği ve adamın hiçbir şey hissetmediği tespit edilmiştir. Gerçek bir şok, bu hayali şoktan çok daha az etki ederdi muhtemelen.

Yapılan tüm gözlemlerden anlaşıldığına göre, bir kontraktürün ortaya çıkması için, tıpkı somnambulizmde olduğu gibi, bir duygunun, gelecek kaygısının, bir korkunun, bir rüyanın vb. mevcudiyeti zaruridir. Bu kontraktürlerin tedavisi için de aynı şey geçerlidir; kimi vakalarda süresiz olarak devam ederler. Şahsen otuz yıl süren iki vaka biliyorum. Kimi vakalarda da hastalar hayal gücü ve duyguları hesaba katmadan anlaşılmayacak etkiler vesilesiyle iyileşirler. Kutsal emanetler ve mucizevi kaynak sularından talih devşiren hastalıklardan biridir bu. Vücudunun altına bükülmüş kaskatı, buruş buruş bacakları ile bir arabanın içinde su kaynağına götürülen ve ayakta, arabasını omuzlarında taşıyarak dönen bir topalın hikayesini duyarsanız eğer, bunun bir histerik kontraktür vakası olduğunu söylemekte hiç tereddüt etmemelisiniz. Okumaya düşkünseniz, Carré de Montgeron tarafından Saint Medard mezarlığındaki Diyakoz Paris'in[4] kabrinde 1737'de geçen mucizeler üzerine yazılan hayranlık verici kitabı öneririm.

Hekimlerin belirli koşullarda her türlü yöntem ile; örneğin elektrik akımıyla, mıknatıslarla, metal plakalarla ya da yalnızca hastalarla konuşarak tedavi ettikleri de işte bu türden fenomenlerdir. Dolayısı ile kontraktürlerin başlangıçlarında olduğu kadar sonlarında da birçok psikolojik fenomen mevcuttur.

Bazılarıyla fenomen henüz devam ederken karşılaşırsınız. Her şeyden önce kontraktür, en azından başlangıçta, sanıldığından çok daha sıkça sistematiktir. Uzuv her pozisyonda kaskatı değildir; farklı kasların eşit olmayan güçlerine bağlı olarak, kalıcı kasılmaların belirli bir uyum içinde olmasını gerektiren özel bir hal alır. Hastanede tetanostan ölen birini görmüş olan bir kadın,

---

[4] François de Paris, 1690-1727 yılları arasında yaşamış münzevi bir Jansenist diyakoz –çn.

bu kişinin pozisyonunu taklit eder ve kafasını arkaya doğru gerilmiş halde tutar. Sık sık sözünü ettiğim bir başkası, ayaklarını sürekli çarmıha gerilmiş İsa pozisyonunda ileri uzatır; üstelik bir de çarmıha gerildiğini sandığı dini bir hezeyanı da mevcuttur. Gövdesi, kolları ve başı saatlerce tam olarak çarmıha gerilmiş bir insan pozisyonunda, somnambulizm ve katalepsi krizleri geçirir.[5] Bu krizler sırasında tüm pozisyon muhakkak bir hezeyana ve düşünceye karşılık gelir. Krizlerin arasında kontraktür mevcudiyetini yalnızca ayaklarda sürdürdüğünde, hezeyandan kalan şeylerin de devam ettiği kuvvetle muhtemeldir.

Başka bir açıdan bakıldığında, kontraktürün belirli psikolojik durumlara göre değişkenlik gösterdiği fark edilir. Özne çok sakinse, kontraktür halindeki uzvuna kimse dokunmazsa ve kendisi de istemli bir hareket yapmaya çalışmazsa, kontraktürün azaldığını ve uzvun gevşediğini görebiliriz. Son olarak, kontraktürlerde pek çok hissizlik biçimi gözlemleyebiliriz; özne bu daimî kontraktürün yorgunluğunu hissetmez, hatta çoğu kez kontraktür halindeki uzvunda hiçbir şey hissetmez. Kısacası, görüyorsunuz ki, tik ve korelerde gözlemlediklerimize benzer çok sayıda olguyu kontraktürlerde gözlemliyoruz ve bu da bize şu veya bu şekilde bağımsızlaşan bir psikolojik sistemin anormal işleyişini gösteriyor.

Bununla birlikte burada, çekirdeğini korelerde ve tremörlerde bulabildiğimiz yeni bir güçlükle karşılaştığımızı da eklemeliyim. Bir ritmik korenin tavrını sağlam uzvunuzla kopyalamayı ve hareketlerinizi doğru bir şekilde kaydetmeyi deneyiniz. Bir histerikten çok daha tuhaf olduğunuzu ve bu amaç için özel olarak alıştırma yapmadığınız takdirde aynı düzeni elde edemeyeceğinizi göreceksiniz. Kolunuzu bir histerik kontraktür pozisyonunda tutmayı ve kolun hareketini tarif etmeyi deneyin; hastanın kendisi kadar sebatkar ve cesur olmadığınızı fark edeceksiniz. Kısa bir süre sonra kolunuz titremeye başlar ve yerinden oynar; fakat histerik kontraktür hiç değişmez. Bu nedenle, bu histerik fenomenlerde psişik bir eylem olduğunu varsayarsak, bu eylemin bizimkiyle aynı olmadığını ve farklı koşullarda gerçekleştiği kabul edilmelidir.

Benim hipotezim şu: Kas hareketleriyle kendilerini gösteren eylemler, onlara eşlik eden bilincin gelişimine ve sistematikleş-

---

[5] "Une Extatique," *Bulletin de l'institut psychologique international,* 1901, s. 209.

mesine tekabül eden farklı yetkinlik dereceleri sunar. Bu yetkinlik dereceleri her şeyden önce incelik, uyum, eylemin faydası gibi psikolojik özellikler ile ama aynı zamanda hareketlerin kendi özellikleri sayesinde de kendilerini gösterir. Bir çizerin elinin kas hareketi bir köpeğinki ile veya bir timsahın çenesinin kas hareketi ile aynı değildir. Hareketin yetkinliğine eşlik eden birtakım hususi fizyolojik özellik vardır. Bunlardan bazıları bilinmektedir; kasılmanın hızı normalden daha büyüktür ve özellikle de gevşemenin, kasın düşüşünün hızı çok daha önemli ölçüdedir. Az gelişmiş hayvanların kaslarında kasılma yavaşça gerçekleşir ve yavaşça kaybolur. Aynı değişiklikleri yorgunluk ile ortaya çıkan kas kasılmalarında da görürüz. Tekrarlarla birlikte kas kasılması değişir, yavaşlar, az gelişmiş hayvanlardaki gibi gevşeme süresi daha uzun olur. Ben hatta -tahminimin cüretini mazur görün- bu farklı kaslarda ve kasın bu muhtelif faaliyet durumlarında bazı anatomik farklılıklar olması gerektiğini düşünüyorum. Son zamanlarda kas lifinde mevcut olan iki doku büyük önem kazandı: kısa kasılmalar yaratan fibriller ve uzun ve kalıcı kasılmalar meydana getiren sarkoplazma. İlki, istemli hareketlerdeki çizgili kaslarda, ikincisi ise iç organlardaki düz liflerde hakimdir. İleride, bu iki maddenin farklı hayvanların kaslarındaki oranlarında, evrimleşme durumlarına göre ve aynı kasların farklı hallerinde, örneğin dinlenme veya yorgunluk durumlarında bazı değişikliklerin gözlemlenmesinin mümkün olacağı kanısındayım.

Hareket, histeriklerde bilinçsizleşerek, bilinçten ayrışarak itibar kaybeder; bir bakıma geriler ve sanki sarkoplazma faaliyeti fibrillerinkine baskın gelmişçesine viseral kasların hareketini, az gelişmiş hayvanların, yorulmuş kasların hareketini anımsatan bir görünüm alır. Bu, kanaatimce, histeriklerin bilinçaltı eylemlerine tremör ve kontraktürlerde gördüğümüz anormal özellikleri veren şeydir. Bizleri histerik felç fenomenini incelemeye hazırlayan da bu genel fikirdir.

VII
Felçler – Tanı Koyma

Histerik felçler üzerine klinik çalışmalar – Felçlerin başlangıçları – Travmatik nevrozlar – En sık görülen felç türü – Histerik felçlerin teşhisi – İçsel özellikler – Felcin türü ve lokalizasyonu – Reflekslerin incelenmesi – Çeşitli işaretlerin önemi – Dışsal özellikler – Duyarlılıkta değişiklik – Histerik anestezinin tanımı

Moda, giysilerde olduğu kadar tıbbi çalışmalarda da hüküm sürer. Bir dönem, bir sorun genel bir coşku uyandırır ve herkes, diğer her şeyi unutarak tüm dikkatini ona verir. Yirmi yıl önce, histerik somnambulizm modaydı; şimdilerde somnambulizmden söz eden biri çağın pek gerisinde kalmış görünür. En son moda kendini yalnızca histerik felç çalışmalarına adamaktır. Gelin modaya uyup, bir süreliğine bu enteresan fizyolojik ve psikolojik problem üzerine düşünelim. Bu ders histerik felcin klinik açıdan incelenmesine odaklanacaktır. Bir sonraki derste ise felçlerin ve anestezilerin psikolojik özelliklerini analiz edeceğiz.

Histeri hastaları vücutlarının bir kısmını bütünüyle felç edebilme yetisine sahiplerdir. Bu ifadeyle neyi kastettiğimi biliyor olmalısınız. Yalnızca, sözünü etmiş olduğumuz rahatsızlıkları, her tür nöbeti, basit ya da karmaşık somnambulizmleri, özel bir kore türünü, gördüklerimiz gibi gizemli kontraktürleri geçirmiş olan hastaların bir yandan da felç rahatsızlıklarına sahip olabileceklerini söylemem gerekir. Bu, nöbetler ve somnambulizmler geçirmiş birinde ortaya çıkan bir felcin illa ki hastalığın psikolojik yasalarına uyan histerik bir felç olduğu anlamına gelmez. Hatta güncel çalışmaların en kesin sonucu, -ki bu şimdilerde her yere yayılmıştır- bizlere durumun her zaman böyle olmadığını; sıklıkla, üstelik epey fazla bir sıklıkla, ortaya çıkan felcin beyin yahut omurgadaki bir lezyona bağlı olağan bir felç olduğunu göstermektedir. Konulacak teşhis son derece zor ve önemlidir, ancak şu da bir gerçek ki belirli vakalarda bu hastalar, teşhisini

ve niteliklerini incelememiz gereken ve aynı şekilde ilerleyen diğer rahatsızlıklarına paralel felçler geçirirler.

I

Bu felçler, diğer fenomenlerle hemen hemen aynı koşullarda ortaya çıkar; daima, kendi içinde küçük olsa da şiddetli bir duygu ve hayal gücünde bir karmaşanın eşlik ettiği bir durum ile meydana gelirler. En eski vakalardan ve tarihi açıdan en ilginçlerinden biri iyi bir örnek oluşturur. Eski manyetikçi Despine d'Aix'nin[1] 1840 tarihli olağanüstü kitabını meydana getiren Estelle vakasını kastediyorum. On iki yaşında bir kız bir öfkeye kapılır ve annesinin isteğine karşı gelerek, arkadaşlarından biriyle tartışır ve kavga eder. Kavganın şiddetiyle yere serilir ve epey sert bir şekilde kalça üstü düşer. Bu düşüş olayı daha da ağırlaştıran bir durumla karmaşıklaşır; kıyafetinin önemli bir bölümü epey kirlenmiştir. Ağrısı hafiftir ve kızı ayağa kalkıp eve gitmekten alıkoymaz; fakat asıl önemli olan şey hissettiği utanç, korku ve hatasını saklama çabasıdır. Ertesi gün her iki bacağını da bütünüyle etkileyen bir felç, sekiz yıl süren ciddi bir bel altı inmesi ortaya çıkar. Bunu aklınızda tutunuz – hafifçe arka üstü düşmekten dolayı sekiz yıl süren bel altı felci.

O zamanlar bu gerçekleri şu tuhaf manyetikçiler dışında bilen yoktu. Daha önce sözünü ettiğimiz yazarlar Brodie, Todd, Duchenne (de Boulogne), Russell Reynolds, Charcot, Oppenheim ve bütün modern yazarlar vaktiyle *travmatik nevroz* olarak adlandırılan şeyi ilk inceleyenlerdi. Sahiden de travmatik rahatsızlıklar en sık görülen vakalar arasındadır. Demiryolu faciaları bu rahatsızlıklardan birçoğuna sebep olur ve hatta bu nedenle hekimler *demiryolu omurgası* ifadesini kullanıma sokmuşlardır. Vagonlardan, at sırtından düşüşler ve savaşlarda yaşanan şoklar bunun en yaygın kaynağıdır.

Örneğin, sarhoş bir arabacı, arabasından sağ kolunun üzerine düşer ve bu kolu felç olur. On sekiz yaşında bir adam sırt üstü merdivenden düşer; düşüş bacaklarda felç ve bel kaslarında kontraktür ile sonuçlanır. Çoğu zaman şok yalnızca hayalidir: Charcot'nun ilk derslerinde karşılaşılan meşhur hastası, ona

---

[1] Dr. Despine père (d'Aix). *De l'emploi du magnétisme animal dans le traitement des maladies nerveuses, suivi d'une observation très curieuse de guérison de névropathie. 1860.*

çarpmadan geçip giden bir araba tarafından yaralandığına inanır. Yakınlarda dikkatimi çeken gözlemlerden biri de epey tuhaftır: Tren yolculuğu yapan bir adam ihtiyatsız bir şey yapar; tren hareket halindeyken bir kapıdan diğerine geçmek için basamağa iner ve o anda trenin bir tünele girmek üzere olduğunu fark eder. Adam dışarıda olan sol tarafının verevine çarpılacağını ve tünelin kemerine vurarak ezileceğini düşünür. Bu düşünce bayılmasına sebep olur; fakat neyse ki raylara düşmez, vagonun içine doğru çekilir ve sol tarafında bir sıyrık bile yoktur. Buna rağmen, sol tarafında hemipleji olur.

Diğer durumlar, örneğin yorgunluklar da özellikle bir uzuvda bulunduklarında aynı şeyi yapabilirler. Bir boyacı, tavanı boyarken elinin çok yorulduğunu hisseder ve ardından sağ elinde şiddetli bir felç başlar. Aynı şeyi keman öğrenmekte olan bir kızda ve piyanoda ellerini yoran kişilerde de gördüm. Ancak burada da yine, Féré'nin şu klasik gözleminde olduğu gibi, yorgunluğa duygusal bir durumun eklenmesi gerek: Piyanoda bir parçayı öğrenirken kendini çok yoran bir kız, gösteride o parçayı çalmak üzereyken sağ eli felce tutulur. Duyguların oynadığı rol o kadar büyüktür ki, Féré'nin bu ikinci gözleminde olduğu gibi, tamamen hayali bir yorgunluğa eşlik etmesi yeterli olabilir: Bir genç kız rüyasında bir adamın onu takip ettiğini ve Paris sokaklarında çok hızlı koştuğunu görür; hiç hareket etmemiş olmasına rağmen rüyasında yorgunluktan tükenmiştir. Ertesi gün belden aşağısı felç olur. Son olarak, nedenini iyi bilmesek de somnambulizmleri ve krizleri takip eden bazı felçler vardır; fakat ileride de göreceğimiz gibi bunlar önceden felç geçirmiş uzuvları yahut raşitik deformasyon, eski yaralar, varisler gibi bozukluklar barındıran uzuvları etkilerler.

Bu şekilde meydana gelen felçler çok çeşitli olabilir. Şimdilik yalnızca en yaygın olanlara ve incelenmesi en eskilere dayananlara değineceğim; ötekileri bu çalışmanın sonuna saklıyorum zira yorumlama bakımından özellikle ilgi çekici olan asıl onlardır. En yaygın histerik felçler, ciddi organ felçlerine benzer görünürler. Günümüzde en yaygın olan ve en titizlikle incelenen felç vücudun bir yarısını tümüyle etkileyen *hemiplejidir*. Histerik felcin yüzden ziyade uzuvları vurduğu genellikle doğrudur, fakat bu kural mutlak değildir; felç örneğin, sağ tarafta olduğunda, kol ve bacak kadar yüz ve konuşma da etkilenebilir. On dokuz yaşında, epileptik bir anneye sahip ve babasını on beş gün önce kaybet-

miş, nöropatik bir genç kızı ele alalım. Babasının çektiği ıstırapları sırasında kızcağız ona sağ koluyla destek vermiştir; öldüğü günün akşamında da özellikle sağ yanının bitap düştüğünü hisseder ve basmaya çalıştığında sağ bacağı titrer. Her an babasını gördüğünü ve duyduğunu düşünerek uyuyamaz. Ertesi sabah karnında bir sancı olur, henüz zamanı olmadığı halde âdet kanaması başlar ve sağ yanındaki zayıflık artar. Üçüncü gün sağ kolu ve bacağı hâlâ hareket edebilir haldedir, fakat devamlı titrer. Ertesi gün sağ hemipleji tamamlanmıştır ve konuşma yetisi de bütünüyle kaybolmuştur. İki hafta sonra hareketler yavaş yavaş tamamen yerine gelir. Bu noktada, bu hemiplejinin bir konvülsif atağın ya da derin bir uykunun ardından daha dramatik biçimde ortaya çıkabileceğini ve işte o zaman muhakkak apoplektik felci taklit edeceğini ileri süreceğim. Bu tür vakalarda teşhis oldukça hassastır; hemipleji ya da histerik uyku hipotezleri zor ve ender görülse de bunu düşünmeniz gerekir. Bir süre önce bu türden bir rahatsızlığı altmış yaşında bir adamda gördüm; ilk bakışta apopleksisi var gibi görünmekteydi.

İkinci şiddetli ve sık görülen tür, iki bacağın bütünüyle felç olduğu *paraplejidir*. Bu rahatsızlık çoğu zaman kişi yürürken bir duyguya kapıldığında ortaya çıkar. Bu, İngiliz hekimlerin "bacakların boşalması" dedikleri şeyle ilgilidir. Yirmi beş yaşında genç bir kadın bir akşam bir yatakhaneden geçerken hastalardan birinin somnambulizm krizi içerisinde ayağa kalktığını ve çarşafa sarılmış halde yürüdüğünü görür (tuhaf olan, bu kadının bir hemşire olduğundan, esasında böyle şeyleri bilmesi gerektiğidir). Gördüğü şeyi hayalet sanır; çok korkar, bacaklarının titrediğini hisseder ve yere düşüp bir daha kalkamaz. Aylarca paraplejiden muzdarip olur. Ayrıca, doğumlardan ve hastanın uzun süre yatakta kaldığı hastalıklardan sonra da bu paraplejilere dikkat etmeniz gerekir.

Üçüncü tür, bir uzvu ya da -bu felçler çok sınırlı olabildiğinden- uzvun bir bölümünü etkileyen monoplejidir. Sözünü etmiş olduğum boyacının yalnızca sağ bileğinde meydana gelmişti; kimi vakalarda ise dirsek eklemi, omuz, ayak ya da bütün bir bacak etkilenebilir. Histerik yüz felcine ilişkin henüz tam dinmemiş uzun bir tartışma vardır. Charcot bunu reddetmiş ve yüzün sağ tarafında felç olarak adlandırılan şeyin, sol kısımda bir kontraktürden başka bir şey olmadığını iddia etmiştir. Yüzde yalnızca dil dudak spazmının mevcudiyetini kabul etmiştir. Bu düşünce-

ye çokça karşı çıkılmıştır ve örnek olarak görülen birçok yüz felci vakası öne sürülmüştür. Bana sorarsanız, gözkapağı, ağız ve yanak felçlerinin olmaması için bir sebep göremiyorum, üstelik ikna edici görünen bazı vakalarla da karşılaştım.

Son olarak gövde felçleri de olasıdır; sizlere bu konuda yapma şansımın olduğu çalışmalardan bana göre en ilginç olanını anlatacağım. Özne, bir kuyuya düşen ve bu kazanın ardından tüm gövde kaslarında ciddi bir gevşeklik ortaya çıkan bir genç kız. Bu kız oturamaz, kalkamaz; başı ve vücudu her yana doğru rastgele düşer. Aynı zamanda, şu anda bu konuya değinemeyecek olsak da diyafram felci de olur.[2] İşte histerik felcin temel türleri bu şekildedir. Şimdi ise sizler için kritik önem taşıyan teşhisler üzerinde duracağım.

II

Histerik felçlerin teşhisi için iki yol vardır. Birincisi, eskiden daha önemli sayılan *dışsal* yoldur. Bu yolda, duyarlılık bozuklukları, akli sıkıntılar, aynı anda meydana gelen başka fenomenler, dış görünümün durumu vs. gibi felcin kendisi dışındaki semptomları incelersiniz. İkincisi, bu teşhisi, temel olarak felcin kendisini ve klinik özelliklerini esas alan *içsel* yolla da koyabilirsiniz. Bu ikinci yöntem günümüzde daha doğru ve daha bilimsel görünmekte ve çoğunlukla tercih edilmektedir. Daha önce de dediğim gibi, günümüzdeki moda, hastaya ya da hasta yakınlarına sorular sormak zorunda kalmadan, reflekslerde bir felci niteleyebilecek küçük ve ilgi çekici değişimleri keşfedebilmenizi gerekli kılmaktadır.

Günümüzde daha ciddi oldukları düşünüldüğüne göre gelin önce dikkatimizi şu içsel özelliklere verelim. Bazı vakalarda, ilk önce felcin lokalizasyonu ve biçimini ele alabilirsiniz. Bir Avusturyalı yazar, Profesör Freud, bu husus üzerinde bir hayli durmuştur. Histerik felçler hiçbir zaman yalnızca bir kası etkilemez; daima bir grup kası vuran bir kitle felci şeklinde meydana gelirler. Fakat tüm kas gruplarının etkilenebileceğini düşünmeyiniz. Etkilenen grup daima vücudun bir bölümünün işlevi için gerekli olan bir gruptur. Yine de felç, vücudun bu bölümünün işlevi için gerekli kasların sınırlarını aşmaz; diğer bölgelere kolayca yayıl-

[2] Névroses et Idées fixes, I, s. 328, II, s. 411.

maz. Organ felçlerinde tam tersi olur; bir sinir lezyonu yalnızca belirli kasları etkileyebilirken bir siniz ağı lezyonu birçok kas grubunu etkiler. Örneğin, histerinin neden olduğu bacak felcinde, uyluk ve kalça etkilenir fakat sakral ve genital bölge etkilenmez, fakat bu omurgasal felçte böyle olmamaktadır. Aynı yazar histerik felcin sıklıkla uzuvların yalnızca uç bölümlerinde yerleştiğini de söylemiştir ve yine bu da genellikle merkeze yakın bölümleri etkileyen organ felçlerinde gerçekleşmeyen bir şeydir.

Ayrıca histerik felçlerin genellikle çok abartılı olduğuna, organ felçlerinde çok nadir görülen uçlara taşındığına da dikkat ediniz. Beyin kanaması nedeniyle hemiplejiden muzdarip bir adam yine de biraz hareket edebilir, felcini gizlemek için gayret gösterebilirken histeri kaynaklı hemiplejik bir hastanın etkilenen tarafında hareketin izi bile bulunmaz. Todd ve Charcot'nun belirttikleri ve tanımlamak için epey kaba Yunanca kelimeler uydurdukları yürüyüş farkı da buradan gelmektedir. Dediklerine göre organik hemipleji hastası birinin *"helikopod"* bir yürüyüşü vardır; hasta, kalça hareketi ile felçli bacağı yana doğru atarak yarım daireler çizerek yürür. Histerik hemipleji hastasının ise *"helkopod"* bir yürüyüşü vardır; hasta yürürken felçli bacağını sanki artık mevcut değilmiş, onu hiç rahatsız etmiyormuş gibi ardından sürükler.

Bu pozitif özelliklere negatif özellikler de eklenir; histerik hemiplejiye etkilenen uzuvda başka ciddi rahatsızlıklar eşlik etmez; özellikle de atrofi ya bulunmaz ya da en azından hareket kaybından çok uzun bir süre sonra ortaya çıkar. Bu nedenle hastanın iki uzvunu çok dikkatlice muayene etmeniz gerekir. Kayda değer bir atrofinin mevcudiyeti omurilik ya da beyinde yer alan bazı lezyonları fark etmenize yardımcı olacaktır. Elektriksel tepkilerde bozulma da bulunmaz; bazı omurilik lezyonlarında oldukça hızlı olan dejenerasyon reaksiyonu denen elektriksel tepki histerik felçte mevcut değildir.

Ve nihayet, kendini bu konuya adamış olan Fransız hekim M. Babinski'nin çalışmaları sayesinde günümüzde çok mühim sayılan refleks konusuna geliyoruz. Histerik felçte bir uzvun tüm reflekslerinin genellikle normal kalması gerekir. Bu anlaşılabilir bir şeydir zira tüm refleksler büyük oranda herhangi bir rahatsızlıktan etkilenmeyeceği düşünülen omurga ya da beyindeki merkezlere bağlıdır. Buna karşılık organik lezyonlarda birtakım refleks daima zarar görür çünkü lezyonlar daima bu merkezlerden biri-

ni az çok etkiler. Öncelikle dirsekte, bilekte, dizde ve aşil tendonunda oluşan tendinöz reflekslere dikkat etmelisiniz. Tabeste olduğu gibi bastırılmış olmamaları gerekir; beyin kanamasında ya da piramidal sistemdeki lezyonlarda olduğu gibi abartılı da olmamalıdırlar. Özellikle ayaklarda epileptoid seğirme aramalısınız. Yalnızca bu piramidal sistemde bulunan lezyonlara özgü ayağın aniden yükselmesiyle ortaya çıkan klonus, histerik felçte meydana gelmez.

Bununla birlikte kutanöz refleksleri de muayene etmeniz gerekecektir. Örneğin, Babinski, ayaktaki metatars başına hafifçe bir iğne sürtüldüğünde ayak parmaklarının çok önemli bir işaret verdiğini göstermiştir. Normal yetişkinlerde -zira çocuklarda birtakım düzensizlik mevcuttur- ayak parmakları tabana doğru bükülürler. Omurilik lezyonlarında ayak parmaklarında bir yükselme ve ileriye doğru gerilme gözlemlersiniz fakat histeride bu tür bir şey görülmez. Vücudun farklı bölgelerinde, örneğin, uylukların iç yüzlerinde, karında ya da boyunda cildin uyarılması, normal insanlarda "peaucier" kaslarının, yani deri kaslarının kasılmasına neden olur, ki bu da organik rahatsızlıklarda ortadan kalkarken, nöropatik fenomenlerde kalkmaz. Gözbebeklerinin ışığa ve akomodasyona karşı reflekslerini dikkatlice muayene etmeyi unutmayınız; karşılaştığınız ufacık bir bozuklukta çok dikkatli olmalısınız. Bildiğiniz gibi bu reflekslerdeki en küçük değişiklikler tabes ya da sifilitik menenjitteki organik lezyonların mevcudiyetini kuvvetle muhtemel kılmaktadır.

Son olarak, Basinski, histerik felçlerde kas gerginliğinin muhafazasının önemini göstermiştir. Görünüşte felçli olan bu uzuvlarda çağrışım yoluyla meydana gelen bilinçsiz hareketlerin muhafaza edilmesinin de çok isabetli bir şekilde üzerinde durmuştur. Bu durum, bir sonraki derste inceleyeceğimiz histerik anesteziye rağmen birtakım bilinçaltı hissiyatın muhafazası ile paraleldir.

Bu yazarlara göre, bu işaretler topluluğu muhakkak karakteristiktir ve hastanın psikolojisini gözlemlemeden yalnızca objektif bir muayene ile histerik hemiplejiyi tanımak mümkündür. Teoride her şey harika, fakat pratikte sanıldığından çok daha zordur bu. Felç lokalizasyonunda sözünü ettiğimiz işaretlerin çoğu ya belirsizdir ya da ancak oldukça özel durumlar için geçerlidir.

Reflekslerin verdiği işaretler çok daha büyük önem taşır, fakat onlara büsbütün güvenebilir miyiz? Her şeyden önce, yalnız-

ca tendinöz reflekslerin abartılışından kaynaklanan işaretleri elememiz gerekir. Hasta, rotüler tendonun aldığı şokun ardından bacağını çok güçlü bir şekilde yukarı attığı için histeri ihtimalini eleyemezsiniz, zira bu refleksin abartılı hali anlaşılması çok güç ve çok düzensizdir. Çok sayıda birey, biraz mütehassis yahut gergin bir durumdayken dizlerine vurulduğunda bacaklarını çok güçlü bir biçimde yukarı atar. Öyle denebilir ki, basit ve hızlı olan gerçek refleksi, ona eklenen yarı-istemli, yarı-duygusal, fazla ağır, fazla uzun ve fazla genelleşmiş hareketten ayırt edebilmek gerekir. Tüm bunlar doğrudur fakat sizleri pratikte bu ayrımı yapmaya davet ediyorum. Ayrıca histerik ve nörastenik hastalarda reflekslerin gerçekten abartılı halinin sıkça meydana geldiğini, bunun da belki de serebral inhibisyonda bir azalmadan kaynaklandığını düşünme eğilimindeyim.

Ayak klonusunun verdiği işaret daha da mühimdir. Günümüzde bu önem üzerinde epey tartışılmaktadır ve birçok yazar, şüpheye yer bırakmayacak şekilde histerik felç olduğu belli olan vakalarda da klonus görüldüğüne dikkat çekmektedir. Kimi yazarlar kayıt aparatı ile titremenin grafiğini aldıklarında organik klonusun düzenini, histerik klonusun düzensizliğinden ayırt edebildiklerini öne sürmektedirler. Ancak bu pek güvenilir değildir.

Babinski'nin öne sürdüğü ayak parmakları işareti de son derece ilginçtir. Esasında, bu işaret kendini açıkça gösterdiğinde tereddüde mahal bulunmaz; ancak bir histerik felç vakasında henüz açıkça saptanmış olduğunu sanmıyorum. Fakat sıklıkla yanıltan, düzensiz bir işarettir bu. Birçok kişi hiç tepki vermez ya da bacaktaki bir kütlenin büzülmesi ile tepki verir. Gözbebeği refleksleri de aynı şekilde ciddi önem taşır; Argyll Robertson işareti ile karşılaştığınızda daima dikkat ediniz. Fakat bu işaret de mutlak surette karakteristik değildir; her şeyden önce, birçok nöropatik hastada gözbebeği büyümesi mevcuttur. Sonra, bazı histeriklerde reflekslerin kolayca ortaya çıkmasını engelleyen ve yine hataya sebep olan büyüme ve büzülme şeklinde gözbebeği kontraktürleri meydana gelir.

Kısacası, içsel muayenenin bize son derece değerli göstergeler sağladığı açıktır. Yüz invazyonu, konuşma bozuklukları, klonus, ayak parmaklarının verdiği işaretler, gözbebeği bozuklukları muhtemelen bir organik lezyonu işaret etmektedir. Ne yazık ki bunlar mutlak göstergeler değillerdir ve bana kalırsa çok daha

karakteristik olan dışsal göstergelerin tanı koymadaki tartışılmaz faydalarını reddederek durumu olduğundan daha zor hale getirmek pek akıllıca değildir.

III

En önemli dışsal işaret, duyarlılık muayenelerinden elde edilir zira duyarlılıktaki değişimler histerideki en önemli değişimlerdir. Koreleri ve kontraktürleri incelerken bunlarla karşılaşmıştık; histerik hastanın genellikle kolunda ya da bacağında ne olup bittiğini bilmediğini, uzun süren titremelerinin ya da kasılmalarının sonucu olan yorgunluğu hissetmediğini ve dahası, kolunda vuku bulan hareketi hissetmeyebildiğini gözlemlemiştik. Anestezi, felç hususunda daha da karakteristik bir ögedir. Dolayısıyla şimdi bu incelemenin üzerinde durmamız gerekmektedir.

Hekimler, uzun zamandır hastalardaki tuhaf his kayıplarına ilişkin muğlak fikirlere sahip olmuşlardır. Ortaçağda insanların cadıları ve çarpılmış kimseleri vücutlarında şeytan pençesi adı verilen şeye bakarak ayırt ettiklerini bilirsiniz. Bu, aşağı yukarı cildin dokunulmaya ya da iğne batmasına duyarsız geniş bir bölgesi anlamına gelir. Bu iş için güvenilen uzman, şüphelinin gözlerini kapatır ve keskin bir iğneyi vücudunun farklı bölgelerine batırırdı. Şüphelinin her iğneye bir feryat ile karşılık vermesi beklenirdi ve belirli bir noktaya batırılan iğne sonucunda feryat edilmemesinden oranın şeytan pençesi olduğu anlaşılırdı. Sonraları, 1681'de Sydenham, 1816'da Louyer Villermay, 1824'te Georget, 1846'da Landouzy, onlardan da sonra Briquet, Charcot ve tüm modern yazarlar bu fenomenin tüm versiyonları üzerinde bir hayli durmuşlardır.

Şimdi, anestezinin bizlere histerik felcin teşhisi ve özellikle ortaya çıktığı yer ve derinliği bakımından sunduğu göstergelere eğileceğiz. Bunun için, his kaybının üç organda; deride, mukozada ve kaslarda aranması gerekmektedir. Anestezi, uzuvların kutanöz katmanına, doğal açıklıkların erişilebilir mukozası üzerine yayılabilir yahut hareket duyuları ve uzuvların konumlarına ilişkin düşünce üzerinde gelişebilir. İlk durumda, parmağınızı ya da keskin olmayan bir aleti deriye ve mukozaya temas ettirmek suretiyle muayene etmeniz gerekir. Derinin çeşitli bölgelerindeki duyu farklılıklarını gösteren esteziyometre kullanarak daha doğru sonuçlar almayı umabiliriz. Aynı bölgelerde hastanın bilgisi

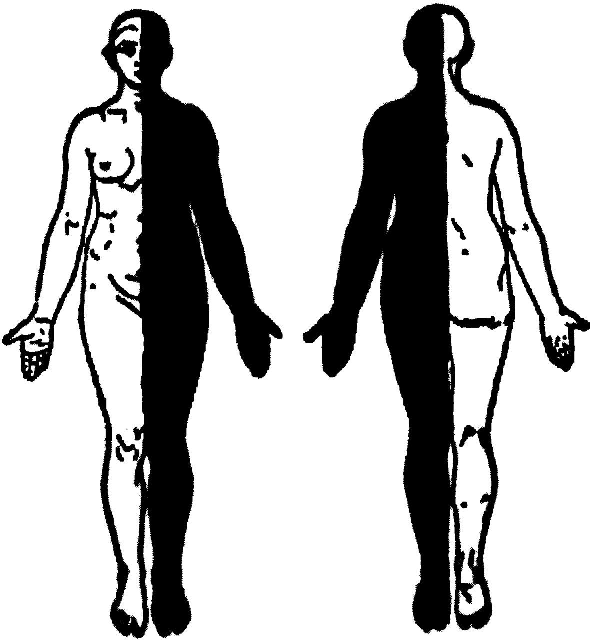
dışında soğuk ve sıcak cisimleri birbiri ardına uygulayarak ısı duyarlılığını muayene edersiniz; son olarak, hastayı çimdikleyerek, iğne batırarak ya da çeşitli aljezimetrelerden birini kullanarak ağrı duyusunu kontrol edersiniz. Bu şekilde çeşitli duyarlıkların aynı anda veya ayrı ayrı tümüyle yok olabildiğini göreceksiniz. Histerik felce derinin mutlak hissizliğinin eşlik etmesi pek de ender görülen bir şey değildir.

Daha sonra, hastanın uzvunun çeşitli şekillerde yerini değiştirerek ve hastanın bu konumları bakmadan söylemesini isteyerek veya daha da iyisi, aynı konumları sağlam uzvuyla taklit etmesini isteyerek kas duyarlılığı adı verilen şeyi muayene edersiniz. Bu noktada yine, histerik felçte konum duyarlılığının tamamen kaybolduğu, hastanın etkilenen uzvuna dair hiçbir bilgisinin olmadığını fark edeceksiniz.

Bu tür anestezilerin mevcudiyeti size önemli bir bilgi verir. Anestezi elbette organik lezyonlarda da görülür fakat çok daha nadirdir ve genellikle histerik hastalıklarda olduğu kadar derin değildir. Dahası, anestezi histeri ile ilişkili olduğunda, sinir sistemindeki organik hastalıklardan kaynaklanan his kaybında göremeyeceğimiz birtakım özellik gösterdiğini rahatlıkla görebilirsiniz.

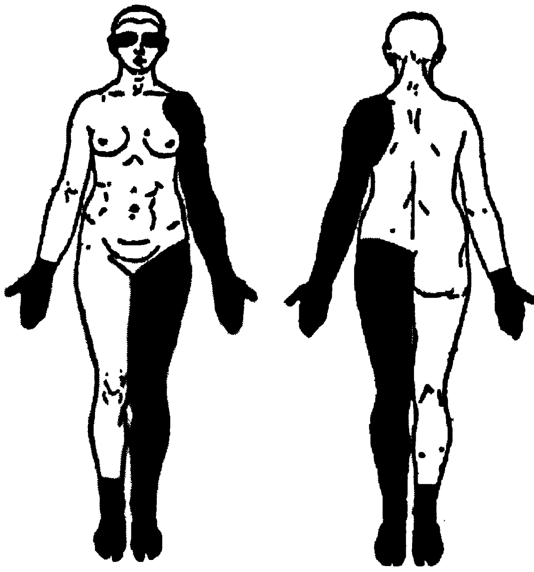
Bu türden anestezinin en karakteristik ve teşhiste en büyük rol oynayan özelliklerinden biri, Charcot tarafından çok iyi resmedilmiştir ve günümüzde önemini koruduğu görülmektedir: *his kaybının lokalizasyonu veya yeri.* Charcot, histerik felçte anestezinin *geometrik dilimler* biçiminde şekil aldığını, yani öngörülebilen belirli şekillere bürünen belirgin ve düzenli çizgiler tarafından sınırlandıklarını söylerdi. Kuşkusuz, hemipleji ve hemianestezi eksiksiz olduğunda şekil oldukça açıktır, fakat bu çok mühim değildir; alnı, burnu, ağzı, göğsü ve karnı iki eşit parçaya bölerek vücudun tam ortasından bir çizgi ile sınırlanır (Figür 8). Bu bölüm ilginç biçimde düzenlidir; bir yandaki deri, mukoza zarları ve daha sonra göreceğimiz gibi duyu organları tamamen duyarsızdır. Diğer yandaki duyarlılık hiç zarar görmemiştir. Vücudun orta çizgisinde bir geçiş yahut bir kademeli bozulma nadiren gözlemlenir. Bir taraf hiçbir şey hissetmez; diğer taraf normal bir şekilde hisseder. Bu, ağız ve dilde bile geçerlidir; damağı ve dili dahi ikiye ayıran bir sınır çizgisi olduğu görülür. Bu hemianestezi organik lezyonların belirli türlerinde, iç kapsülün bazı lezyonlarında da mevcuttur; en fazla, çok nadir oldukları ve genellikle

ayrımın o kadar açık olmadığı, daha geniş bir sınır bölgesi ve duyularda bir karışıklığın bulunduğu söylenebilir. Ayrıca histerideki gibi her yerde aynı olmak yerine, hissiyat sorunlarının uzuvların başlangıçlarından ziyade uç noktalarında daha şiddetli olduğu da söylenebilir. Ancak elbette bu durumda anestezinin biçimi bize çok fazla bilgi vermez.



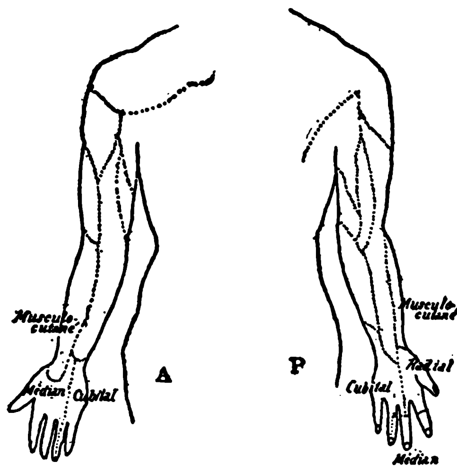
Figür 8. Histerik sol hemianestezi şeması.

Diğer felçlerde anestezinin biçimi daha öğreticidir; felçli organın yukarısında, uzuv eksenine dik düzlem tarafından belirlenen neredeyse dairesel bir çizgi ile kesin bir şekilde sona erer gibi görünmektedir. Böylece, elde oluşan bir felç bileğe kadar uzanan ve bilezik biçiminde bir çizgiyle sona eren bir anestezi meydana getirmektedir (Figür 9); bütün bir koldaki anestezi de omzu da içine alan, koltukaltının biraz altından geçen, Charcot'nun deyişiyle bir ceket kolu biçiminde bir çizgi ile sınırlanır. Ayak felcinde çorap biçiminde bir anestezi ortaya çıkar. Bacaktaki felç ise genellikle anüsü ve genital bölgeyi hariç tutan, koyun bacağı biçiminde bir anestezi meydana getirir (Figür 9).



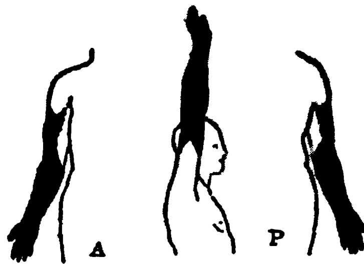
Figür 9. Çeşitli biçimlerde lokalize histerik anestezi şeması.

Bu denli basit görünen bu anestezi biçimleri fizyolojik açıdan özellikle olağanüstüdür. Hiçbir şekilde sinirlerin dağılımına, hatta sinir pleksuslarına bile tekabül etmezler. Bildiğiniz gibi eller radyal, medyan ve kübital adlı üç ana sinir ile donatılmıştır. Bu sinirlerden birinin bir kısmı sinir dağılımına karşılık gelen anatomik biçimin bilindik anestezisini meydana getirir. Örneğin, yalnızca küçük parmağı ve yüzük parmağının boylamasına yarısını etkileyen kübital lezyonlardaki anesteziyi bilirsiniz (Figür 10): El felci vakasındaki geometrik dilimlerimize hiç benzememektedir. Brakial pleksusta bulunan bir lezyon kolun yalnızca bir bölümünde anestezi meydana getirir ve bu anestezinin sınırları özel bir şekil oluşturur, zira omzun deltoid kası üzerinde yer alan, boyun pleksusunun geçtiği yerlerdeki duyuları etkilemez (Figür 11). Sakral pleksusta bulunan bir lezyonun uylukların iç kısımlarında anestezi meydana getirdiği doğrudur fakat anüs ve genital bölgeyi de etkiler. Sinir lezyonlarının ve omurilik tümörlerinin anatomik teşhisleri bu his kayıplarının dağılımına ve muhafaza edilen bölgelerin yerlerine dayanır. Ancak histerik felçlerde az önce gözlemlediğimiz anestezi biçimlerini organik lezyonların oluşturduğu bu şekillere bağlamak mümkün değildir.



Figür 10. Sağ kolda periferik sinirlerin kutanöz bölgeleri. A, ön cephe; P, arka cepheyi gösterir. (Bkz. Déjerine, "Traité de Pathologie Générale" içinde "Sémiologie du Système nerveux," V, s. 952.)

Lokalizasyon güçlüğü o kadar fazladır ki Briquet başka hipotezler öne sürmüştür ve histerik anestezi dağılımının sinir bölgelerinden çok damar bölgelerine, kan dolaşımına bağlı olup olmadığını sorgulamıştır. Bugün bunun böyle olmadığını; bileklik, ceket kolu ya da koyun bacağı şeklinde arteriyel irigasyonların bulunmadığını görüyoruz. Bu anestezi biçimi hakikaten kendine özgüdür.



Figür 11. Brakial pleksustaki bir lezyon vakasında anestezinin lokalizasyonu. A.g.e., s. 951.

Daha önce histerik anestezinin bu lokalizasyonlarını başarılı bulunan bir ifade ile özetlemiştim. Demiştim ki histeri hastası, bir organa dair anatomik anlayıştan çok popüler anlayışla iştirak eder gibi görünmektedir. Sıradan insanlar için göz nedir? Gözkapakları da dahil olmak üzere göz çukurunu dolduran organlar topluluğudur ve sahiden de göz anestezisi olan histeri hastasının yüzünde adeta anesteziden oluşan ve iki göz kapağını tam merkezlerinden etkileyen bir çift gözlük var gibidir (Figür 9). Sıradan insanlar için el, bilekte son bulur. El ve parmakları harekete geçiren tüm ana kasların ön kolda bulunuyor olmasını kale almazlar. Eli felçli olan histeri hastası, parmaklarındaki hareketsizliğin gerçekte ön kolundaki kaslara ilişkin bir sıkıntıdan kaynaklanması gerektiğini bilmez. Cehaletinden dolayı bir elin hareket etmemesinin nedeninin elde oluşan bir hastalık olduğunu söyleyen sıradan insanlar gibi histeri hastasının anestezisi de bilekte sona erer. Uzuvlara dair bu popüler anlayış anatomi bilgimize rağmen hâlâ muhafaza ettiğimiz, uzuvlarımız hakkındaki eski fikirlerimizden gelmektedir. Dolayısıyla bu histerik anestezilerde bir kez daha zihinsel, akli bir taraf olduğunu söyleyebiliriz.

Ancak bu özellik, gerçekten çok önemli olsa da yine birtakım itiraza yol açabilir. Örneğin, sarhoşlukta, alkol zehirlenmesinde de his kaybı çorap ya da bot şeklindedir. Omurilikte, aynı tür anestezi oluşumuna yol açabilecek dilimli lokalizasyonlar incelenmiştir. Bir histerik felç teşhisini anestezinin bu geometrik şekillerine dayanarak koyduğunuzda her on defadan dokuzunda haklı çıkarsınız, ancak küçük de olsa bir hata ihtimalinden sakınmak için şimdi inceleyeceğimiz son özellik olan anestezinin zihinsel özelliklerinin üzerinde durmamız gerekir. Üstelik bu, felcin kendisine dair daha anlaşılabilir bir kavrayışa ulaşmamızı sağlayacak olan karakterdir. Bir sonraki dersimizin konusu da işte bu.

VIII
Felç ve Anestezinin Psikolojik Yönü

Histerik anesteziler problemi – Reflekslerde herhangi bir değişimin, fizyolojik bir bozukluğun olmaması – Hastanın kayıtsızlığı – Ataklar, uyku, sarhoşluk, somnambulizm, telkin, duygular ve hepsinden önemlisi dikkat gibi çeşitli etkiler altında anestezinin değişkenliği – Anestezinin çelişkili karakteri – Dalgınlığın oynadığı rol – Anestezide bazı duyum gruplarının çözülmesi – Felçte kayıtsızlık, tasvir ve hafıza eksikliği – Astazi-abazi – Sistematik felç – Bir hareketler sisteminin çözülmesi – Bir fonksiyondaki hareketler ve duyumlar sistemi – Fonksiyonların çözülmesi olarak hemipleji ve parapleji

Yirmi yıl kadar önce Fransa'da büyük ilerleme kaydeden ve patolojik psikolojinin gelişimine ciddi katkılar sağlayan histeri üzerine yapılan bazı psikolojik çalışmalara yönelmemizin vakti geldi. Belki de bu çalışmaların nispeten spesifik olduklarını ve o zaman düşündüğümüzden daha az genel öneme sahip olduklarını söyleyebiliriz, fakat onlar olmadan histerik anestezinin özel yapısını anlayamazdık; hatta belki de histerik hastalığın kendisine ve bilhassa bu hastalıkta mevcut olan felce dair yeterli açıklıkta genel bir fikir bile oluşturamazdık. Bu derste anestezinin zihinsel özellikleri üzerinde duracağız ve bunlardan genel bir anlayışa varmaya çalışacağız; ardından yeni bir bakış açısıyla tekrar ele alacağımız felç çalışmalarında bu anlayışın uygulanabilirliğine bakacağız.

I

Histerik anestezinin hekimin ilgisini celbeden tuhaflıklar sergilediğini daha önce görmüştük. Buna bir de çok derin ve abartılı bir felç eşlik eder; fakat ciddi bir objektif rahatsızlık ortaya çıkarmaz. Bir uzvun hiçbir ciddi atrofi göstermeden, elektriksel reaksiyonlarda ve özellikle de reflekslerde hiçbir değişiklik olmadan aylarca ve kimi zaman yıllarca hissiz ve felçli kalması tuhaf

değil midir? Özellikle bazı refleksler bizi çok şaşırtır; erektil organlardaki ağrı refleksleri bozulmadan kalır. Örneğin, vücudun herhangi bir yerinde deriyi çimdikleyerek güçlü bir ağrı ortaya çıkardığınızda gözbebeklerinin aniden küçüldüğünü bilirsiniz. Hiçbir şey hissetmediklerini iddia eden histeriklerimizde bu gerçek baki kalır. Soğuk ve sıcak duyumlarına ilişkin damarsal refleksler oldukça hassastır. Yakın zamanda, M. Hallion, icat ettiği küçük ve hassas bir cihazla bunları büyük bir doğrulukla incelemeyi başarmıştır. Ön kola uygulanan küçük bir buz parçası elin tüm damarlarının derhal büzüşmesine yol açmaktadır. Ricam üzerine, Hallion, benim hastalarımın üzerinde de bunu test etmiş ve en anestetik histeri hastalarının bile beklenen tepkiyi verdiklerini tespit etmiştir.

Üstelik, kutanöz duyuların kaybolmasının pratikte meydana getirdiği şeyi pekâlâ biliriz. Fizyologlar, bir hayvanın uzvu hassas kökün kesilmesiyle hissiz hale getirildiğinde başlangıçta sağlam olan bu uzvun korunamayacağını; çok geçmeden bozulacağını, yaralarla kaplanacağını ve hayvan da kendi uzvunu ısıracağı için yavaş yavaş yok olacağını göstermişlerdir. Duyarlılık uzuvlarımız için koruma işlevi görür. Bu durumu iyi bilinen bir hastalıkta gözlemleyebiliriz. Muayeneye gelip ellerinin devamlı yanık ya da yaralı olduğundan şikâyet eden hastaları bilirsiniz. Parmaklarında yanık izleri vardır ve bundan kaçamazlar. Sirengomiyeli hastalığıdır bu ve omurgalarındaki lezyon bu hastaları soğuğa ve sıcağa karşı duyarsız hale getirir. Neden anestetik histeri hastalarımızda böyle bir şey görülmez?

Bu objektif rahatsızlıkların yokluğuna çoğu zaman oldukça sübjektif bir semptom olan hastanın kayıtsızlığı eşlik eder. Bir histeri hastasını ilk kez gözlemlediğinizde ya da taşradan gelen, uzmanlar tarafından daha önce hiç muayene edilmemiş hastaları muayene ettiğinizde, bu hastaların, böyle bir şeyi akıllarına dahi getirmeksizin en derin ve en geniş kapsamlı anesteziye sahip olduklarını siz de bizim gibi göreceksiniz. Histerinin birçok sübjektif özelliğini titizlikle analiz eden Lasègue, hastalar arasındaki bu bilmezliğe sıklıkla değinmiştir. Charcot, birçok kez bu konuya eğilmiş ve çoğu hastanın his kayıpları bulunduğunu onlara açıkladığınız zaman hayrete düştüklerini göstermiştir. Günümüzün yazarları da bu konuda hemfikirdir. Bu durum organ kaynaklı anestezilerde hiç de böyle değildir. Charcot'nun ilk tanımlayanlardan biri olduğu ve tabetik maske olarak adlandırdığı o kendi-

ne has tabesin semptomu da iyi bilinir. Hastalar yüzlerinin epey geniş bir kısmının duyarlılığını kaybederler, fakat bunu sübjektif bir şekilde açıklar ve korkunç bir şey hissettiklerini beyan ederler. Yüz anestezisi olan histeri hastalarına -ki bir hayli kalabalıklardır- korkunç bir şey hissedip hissetmediklerini sorunuz, ekseriyetle umursamadıklarını söyleyeceklerdir.

Histerik anestezi ile organ kaynaklı anestezi arasındaki farkı kesin bir şekilde açıklamak için küçük bir anekdota değinmek sanıyorum ki yersiz olmayacaktır. Anekdot bana ait değil; kardeşim Dr. Jules Janet bana aktardı. Dr. Jules Janet, Dr. Polaillon ile birlikte Pitié'de kadrolu cerrah iken şu vakayı gözlemleme şansı bulmuştur: Yirmi yaşlarında bir genç kadın epey ağır bir kaza geçirir. Cam bir kapıya doğru düşer ve bir cam parçası avuç tümseğinin tam altından sağ bileğini keser. Kazadan birkaç gün sonra genç kadın tedavi için geldiğinde kanama durmuş, yara da oldukça iyi bir şekilde toparlanmıştır. Sağ elinde biraz uyuşma varsa da felç söz konusu değildir. Fakat bilhassa avuç içinde, en rahatsızlık verici yerde, ısrarlı bir his kaybından şikâyet eder; parmaklardaki bu hafif anestezi aslında avuç tümseği seviyesinde tam bir anestezi halini almıştır. Durum, açıkça, medyan sinirinin ve özellikle onun yüzeydeki dallarının neredeyse tamamen kesilmesidir. Fakat hasta muayeneye geldiğinde, önemli bir şey keşfedilir. Genç kız histeriktir; sol tarafı bütünüyle anestetiktir ve bu durum hakkında tek bir kelime etmemiştir. Hekim kıza şakayla takılır: "Nasıl oluyor da yalnızca sağ avcunuzun küçük bir kısmını etkileyen bir his kaybından gelip şikâyet ediyorsunuz da tüm sol tarafınızı etkileyen çok daha geniş bir his kaybının farkına bile varmıyorsunuz, genç bayan?" Zavallı kız şaşırmış ve utanmış görünür. Bize göre, genç kız doktoruna şöyle cevap verebilirdi: "Dediğiniz gibi olsun, bayım, ben buraya beni rahatsız eden şeyi anlatmaya geldim; bana sıkıntı veren, sağ avcumdaki his kaybıdır ve sol tarafım beni hiçbir zaman rahatsız etmemiştir. Doktor sizsiniz; bunu dilediğiniz gibi açıklayın."

Bu genel açıklamalara bir de bu anestezilerin biçimleri hakkında söylediklerimizin tamamını eklemek icap eder; bu öyle bir biçimdir ki hiçbir anatomik, hatta bilimsel yönü yoktur ve yanlış popüler fikirlere tekabül eder gibi görünür. Bu görüş, bu tuhaf his kayıplarına karşılık gelen zihinsel durumları daha derinden incelememizi zaruri kılmaktadır. Bu inceleme de bizleri şimdi aynı sıradaki başka bir özelliğe, anestezilerin *değişkenliğine* götürüyor.

Kuşkusuz bazı hastalar, hastalıklarının izini tüm ömürleri boyunca taşırlar. Aurel., yetmiş beş yaşında hâlâ hemianestetik haldedir; Ler. ise kırk yıl boyunca hemianestezi ve göz çevresindeki kasılma ile yaşamıştır. Bu vakaların çetelesini tutmamız gerekecek; fakat genellikle ve belki de tam bu hastalar arasında bile anestezi, gözlemlenmeksizin değişkenlikler gösterir ve uzun yahut kısa dönemler boyunca ortadan kaybolur. M. Féré'nin de dediği gibi, fark edilemeyebilecek kadar hafif sebeplerin etkisiyle her an değişir.

Bu hızlı hareketliliğe rağmen, bazı değişimler yine de incelebilir ve en azından sıklıkla etkilendikleri koşullardan bazıları saptanabilir. Ataklar duyarlılığın lokalizasyonunu ciddi oranda değişikliye uğratırlar. Birçok yazar anestezilerin çoğu zaman atakların öncesinde arttığını belirtmiştir. Örneğin, normalde sağ taraflı hemianestezisi bulunan Marguerite X., ataktan önceki saatlerde bütünüyle anestezik hale gelmektedir. Daha da nadir görülen bir vaka, bunun tam tersidir. Genellikle tamamen anestezik olan Cel., ataklardan önce yarım saat süren bir tür heyecan sırasında duyarlılığını tamamen geri kazanır.

Atak sırasında anlaşılabilir bir işaret alabildiğimizde (bunun mümkün olduğunu görmüştük), duyarlılık değişim geçirir. Çoğu zaman, Bert. vakasında da olduğu gibi, tamamen düzelir. Atağın ardından, Marg. gibi birçok hasta her zamanki durumuna döner; kimileri ise bir süre için normalden daha kapsamlı anestezilere sahip olurlar. Genellikle sol taraflı hemianestezisi olan Bert., atağın ardından saatlerce tamamen anestetik hale gelir ve zaman zaman bütünüyle kör olur.

Genellikle, geceleri doğal uyku sırasında dokunsal anestezi kaybolur. Bunun doğrulanması pek güçtür. Geceleri, onları uyandırmamak için her türlü tedbiri alarak hastaları hazırlıksız yakalamamız gerekir. Anestezik bölgelerini çimdikleriz. Mırıldanır, öteki tarafa döner, rüyalarında şikâyet ederler yahut tam da normal bir insanın yapacağı gibi aniden uyanırlar. M. Jules Janet, Dumontpallier'in asistanı iken iki hasta üzerinde bu durumu tekrar tekrar doğrulamış ve bu gözlemi bizlere aktarmıştır. Biz de özellikle Bert. ve Is. olmak üzere çeşitli kişiler üzerinde aynı şeyi saptadık. Arkadaşımız M. Dutil de bizim için sol taraflı hemianestezik olan G. üzerinden bu gerçeği teyit etme nezaketini göstermiştir. Doğal uykusu sırasında anestezik tarafı çimdiklenen G. irkilmiş ve uykusunda konuşmuştur: "Beni çimdikliyorsun – ne aptalca."

Uykuya benzer haller meydana getiren bazı sarhoşluklar sırasında, duyarlılık neredeyse tamamen ortadan kaybolur; büsbütün anestezik olan birçok hasta sarhoşken tümüyle duyarlı hale gelir. Kloroform anestezisi, uyarılma döneminde, anestezi ve kontraktürler dahil olmak üzere tüm stigmaları ortadan kaldırır. "Morfinin hipodermik kullanımının en çelişkili neticeleri arasında", der Ball, "hastaların kutanöz duyarlılıklarını geri kazanmalarını saymamız gerekir. ... Her gün, günde sekiz santigram morfin verilen bir histeri hastası tüm ağrılarının geçtiğini ve normal duyarlılığını geri kazandığını hissetmiştir. Yoksunluk, histeri semptomlarını geri getirmiştir." Aynı durum, M. Jules Voisin tarafından da belirtilmiştir. Aynı şekilde, morfin etkisi altında olan histeri hastalarında genellikle anestezinin azaldığını ve görüş alanlarının da genişlediğini görürüz ve ilacın etkisinin kesilmesinin ardından anestezinin yeniden ortaya çıktığını da teyit edebiliriz. Diğer birçok uyarımın da benzer etkileri olmalıdır.

İlk çalışmamızın konusu[1], her şeyden önce, tetiklenmiş somnambulizm durumları sırasında duyarlılığın geçirdiği sayısız değişimdi. Nadir koşullar altında, bazı hastalar ikinci duruma girer girmez tüm duyarlılıklarını birdenbire ve tamamen geri kazanırlar. Bu duruma manyetikçilerin eski yazılarında kimi zaman değinilmiştir. Araştırmalarımızın başında, bu yazarların oldukça enteresan gözlemlerini okumadan önce biz de aynı gerçekleri sıklıkla saptamıştık. Somnambulizmleri sırasında hastalarda kimi zaman genel gibi görünen anesteziler mevcuttur; fakat dikkatlerini dokunsal duyarlılığa çeken en ufak bir uyarılma, bu anesteziyi, telkinlere rağmen, uyanıkken anestetik kalmaya devam eden yerlerde bile yok eder. Duyarlılıktaki bu düzelme bazı hastalarda biraz yavaş ilerler ve yalnızca hipnoz hali önemli oranda uzatıldığında belirginleşir. Kimilerinde ise daha karmaşık bir somnambulizm mevcuttur; duyarlılık ve özellikle hafızanın birçok değişikliğe uğradığı çeşitli evrelerden geçerler. Hastalar duyarlılıklarını yalnızca bu evrelerden birinde, sıklıkla diğerlerinin hepsinden sonra gelişen bir durumda geri kazanırlar.

Duyarlılık, uyanık halde bile değişikliğe uğratılabilir. Briquet, elektrik hareketinin üzerinde durmuştur; Burcq ve ardından gelen birçok kişi mıknatısların, metal plakaların ve hastaya göre değişen başka birçok aracın benzer etkileri olduğunu göstermiş-

[1] "L'automatisme psychologique," 1889.

lerdir. Bu araçlarla artan duyarlılık uzun yahut kısa bir süre devam eder ve dalgalanmalarla kaybolur.

Histeri hastalarında genellikle çok güçlü bir etkiye sahip olan telkin, duyarlılığı bir anlık geri getirmek için yeterli olabilir; fakat unutulmamalıdır ki bu fenomen genel olmaktan çok uzaktır; bazı hastalarda duyarlılık telkin ile ancak çok az değişir; buna karşılık, sarhoşluk gibi bazı uyarımlar ya da somnambulizm gibi psikolojik durumdaki bazı değişikliklerin etkisiyle daha büyük değişimler gözlenir.

Anesteziyi üretmek, değiştirmek ya da yok etmek için başka birçok psikolojik fenomen devreye girer. Örneğin; güçlü duygular, takıntılar ya da rüyalar anesteziyi arttırır. Çağrışımlar, bazı durumlarda anesteziyi değişikliğe uğratabilir. Bir hastaya sol elinin üzerinde bir tırtıl olduğunu söyleriz; çığlık atar ve tırtılın yarattığı gıdıklanmayı hissediyormuş gibi davranır; o anda sağ kolunun tümü oldukça duyarlı hale gelir.

Fakat diğerlerinden çok daha önemli bir rol oynayan bir psikolojik fenomen daha vardır ki onun incelenmesi probleme ciddi bir ışık tutacaktır: Dikkatten söz ediyoruz. Bunu teyit etmek için, daha sonra da göstereceğimiz gibi, histeri hastalarında düzeltmenin en zor olan şeyin dikkat olduğunu ve yalnızca birkaçının onu yönlendirmede başarılı olabildiğini hatırlamamız gerekir. Genel olarak, dilediğimiz yöntem ile dikkatlerini bir anlığına anestezik ellerine çekebiliriz. Bir hasta gözleri kapalıyken elektrik akımını hissetmez. Sürecin vuku buluşunu gördüğü zaman bir gıdıklanma hissettiğini iddia eder. Bert.'in sol eline bir devre levhası tutuştururuz; şaşırmış görünerek eline bakakalır. Onu bir süre bırakır ve sonra, başını başka tarafa çevirdiğinde, biraz önce oldukça duyarsız olan elini hafifçe çimdikleriz. Bert. çığlık atar; çimdiği kusursuz şekilde hissetmiştir. Ne var ki, bu kusursuz duyarlılığın uzun sürmeyeceği açıktır. Levhayı kaldırırız ve birkaç dakika sonra artık hiçbir şey hissedemez olur. Tüm bu fenomenler, özellikle de sonuncusu, birçok güçlük teşkil eder; zira bu çalışmanın konusu olan duyarlılığı büyük kolaylıkla bozabilirler. Anesteziyi arttırır, düzeltir ya da bastırırlar; onu son derece değişken bir hale sokarlar, ki bu da gözlemcinin şevkini kırar.

Şimdi şöyle bir soru sorulacaktır: Anestezi, en azından var olduğu müddette, açıkça kendini gözlemciye gösterir mi? Hastayı nasıl muayene ederseniz edin, daima oldukça belirgin midir? Katiyen değildir ve şimdi anestezi sorununu, bize yalnızca de-

ğişken değil aynı zamanda da *çelişkili* gösterdiği için daha da karmaşık hale getiren ikinci bir dizi gözleme dikkat çekmemiz gerekmektedir.

Lasègue, 1864'te, histerik anestezinin tuhaf göründüğünü ve bunun bir psikolojik rahatsızlığı, bir tür yabancılaşmayı andırdığını söylemişti. Sonraları bu teorik anlayışı doğrulayacak olan çalışmalar başlangıçta tamamen özel bir konu olan tek taraflı amoroz üzerinde yapılan gözlemlerdi; yani, bir sonraki derste bahsedeceğimiz oldukça ilginç bir görme bozukluğu üzerinde.

Tek taraflı amoroz şaşırtıcı sorunlara yol açıyorsa da bu tüm anesteziler için geçerli bir şeydir. Yıllar önce, Powilewic'in Havre Hastanesi'ndeki görevi sırasında bir hastaya ilişkin şöyle bir gözlem yapmıştık. Hasta histerik parapleji atağı yaşamaktaydı ve tam bir anestezi hali göstermekteydi. Bacaklarını elektrikle tedavi ederdik ve aygıtları cihaza bağlayan iki kablonun birdenbire düştüğünü gördüğümüzde, negatif elektrotun her temasında yaşadığı güçlü kas kasılmalarını fark ettik. Uzun bir süre boyunca o şekilde yalnızca tahta parçalarıyla hastaya elektrik uyguladık. Kabloları uçlara takmadan devam ettik ve kasılmalar, aygıtın basit temasıyla gittikçe arttı. Bunun olağanüstü bir şey olmadığı, telkinin meydana gelmesinde bir tür alışkanlığın rol oynadığı söylenecektir. Biz de öyle düşünüyoruz; fakat nasıl oldu da tüm vücudunda cildi tamamen duyarsız olan bu hasta, kafası başka tarafa çevrili iken fişin bacaklarına değdiği anı hissetti ve tam o anda ve sadece o anda hareket etti? Benzer bir şaşkınlığı her gün yaşayabiliriz. Is.'in anestezisini hızla teyit etmek için ona küçük bir tertibat teklif ettik. Bir şey hissettiğinde "Evet" demesini, hissetmediğinde de "Hayır" demesini tembihledik. Basit fikirli biri olduğu için zorluk çıkarmadan kabul etti ve ardından oldukça ilginç bir çelişkiyi keşfettik. Gözlerinin ekranın arkasında kalmasına itina göstermemize ve bir ritim tutturmaktan özellikle sakınmamıza ve diğer yanına geçmeden aynı taraftan birkaç kez düzensiz bir şekilde çimdiklememize rağmen hiçbir şekilde yanılmadı ve sol tarafını çimdiklediğimizde "Evet", sağ tarafı çimdiklediğimizde de "Hayır" dedi. Pasq. isimli bir adam üzerinde yapılan aynı deney tamamen aynı sonucu vermiştir; ta ki Pasq. yanıtlarındaki tuhaflığı fark edip daha dikkatli yanıtlamaya çalışıncaya kadar. Ancak o zaman ve yalnızca o zaman, anestezik tarafını çimdiklediğimizde "Hayır" demeyi bırakır.

Şimdi de dokunma duyusuna değil de kas duyusu üzerine

başka bir gözleme bakalım. Sıklıkla Lucy adıyla andığımız, yirmi iki yaşında, genç bir kadın atakları sırasında bazı kataleptik duruşlar takınırdı. Bir saat boyunca gözlerini pencereye diker ve kollarını bir dehşet ifadesi içinde havaya kaldırırdı. Şimdilik bu atağın yalnızca bir ayrıntısı üzerinde durmamız gerekirse; uyanık durumunun en normal hali sırasında, hastanın kollarını kaldırıp, atağı sırasında aldığı dehşet pozisyonuna getirmemizin derhal yeni bir atağı başlatmak için yeterli olduğunu gözlemledik. Elbette bunun oldukça basit olduğunu ve zaten iyi bilindiğini söyleyeceksiniz. Kolların duruşuyla ana atak fikrini çağırmış olursunuz ve gerisi gelir. Doğru, ama küçük bir ayrıntı daha var. Lucy'nin tüm vücudu anestezikti ve hiçbir noktada kas duyusu ibaresi göstermemekteydi. Bu vakada genellikle olduğu gibi, gözlerini kapattığınız anda yere düşerdi. Kollarının pozisyonunu değiştirmeden önce genellikle gözlerini kapatma tedbirini alıyorduk, fakat kriz yine de, uzuvlar gerekli vaziyeti alır almaz gerçekleşirdi. Pozisyonun bu denli his kaybı olan bir hasta tarafından algılanmasını nasıl açıklarsınız? Bütün bu gerçekler ve biriken çok sayıda diğerlerinin gözlemciyi hayretler içinde bırakması kuvvetle muhtemeldir. Tüm bunlar bizlere histerik anestezinin yalnızca bir andan diğerine değil, aynı an içerisinde de değişiklik gösterdiğini ve hastaya yöneltilen sorulara göre kendini çelişkili fenomenlerle belli ettiğini göstermiş olur.

II

Bu olgulara ilişkin yapılabilecek ilk yorumlamayı hızlıca bir kenara kaldırmalıyız: Histeriklerin anestezileri son derece değişken ve çelişkilidir. Bu hastalar hissetmiyormuş gibi davranırlar, fakat gayet iyi hissettiklerini oldukça basit hilelerle onlara ispatlayabiliriz. Bu nedenle, bu hastaların duyarsızlıkları taklitten ibarettir ve yöntemlerimiz yalnızca bir aldatıcıyı aldatmakta, bir sahtekarın maskesini kaldırmaktadır. Durumun bu özeti ile takdimi bize tamamen kabataslak ve yetersiz gelmektedir. Histerikler kollarının iğnelerle delik deşik edilmesine hususi bir ilgi duyuyor yahut bundan özel bir keyif mi alıyorlar? Bu genç kızlar tek taraflı amoroz taklidi yapmak için mi revizyon konseyinden geçerler? Nasıl olmuş da, Ortaçağdan bugüne tüm medeni ülkelerde histerikler aynı şeyi taklit etme konusunda anlaşmışlardır?

Bu kabataslak açıklama ile yetinmemeliyiz ve anestezi psiko-

lojik bir durum olarak kendini gösterdiği için, psikolojinin sunduğu birkaç kavram arasında bu tür durumları en iyi özetleyeni aramalıyız. Lasègue, yıllardır süren bir görüşü teyit ettiği için mutluluk duyuyoruz; histerik anestezi, dalgınlığın belirli bir türüdür. "Zihnini çok meşgul eden bir düşünceden dolayı dalıp gitmiş bir kimse, başka bir zihin durumunda tahammül dahi edemeyeceği hissiyatı algılamaz olur" demiştir Lasègue 1863 yılında. Ve şöyle devam etmiştir: "Ruhsal durumları başka bir sürü tuhaflığa yol açan histeriklerin, tam da bu hastalık sayesinde, bazı psişik değişiklikleri algılamaya daha az yatkın olmalarına neden olan bir tür tembellik edinmeleri muhtemeldir."

Dalgınlığı esas alan bu açıklama aslında gerçeğe yalnızca yaklaşır. Anestezi elbette sıradan bir dalgınlık değildir; çok daha fazla netliğe ve devamlılığa sahiptir. Kişinin istediği an durdurabileceği bir şey olmaktan çok uzaktır ve en önemlisi hastanın dikkatini başka bir noktaya çeken bir saplantılı düşünce olmadan ortaya çıkar. Temel duyumları genel bir algıda toplamanın patolojik yetersizliğini barındırır bünyesinde. Esasında ortadan kaybolan şey, geri getirilişini az önce gördüğümüz temel duyum değildir; kişinin bu duyumun farkında olmasını, onu kendi benliğiyle ilişkilendirmesini ve açıkça "Hisseden benim; duyan benim." diyebilmesini sağlayan yetidir.

Bu soruna geri dönme fırsatını sıkça bulacağız, fakat sırası gelmişken, anestezinin bu ilginç özelliğinin bize yabancı olmadığını belirtelim; neticede, somnambulizmleri takip eden amnezileri incelerken benzer bir şeye tanık olmuştuk. Somnambulizm nöbetleri sırasında neler olup bittiğini, hatta durumlarında rol oynayan ana düşünceyi bile hastaların hatırlayamadıklarını sizlere söylemiştim. Tekrar tekrar sözünü ettiğim Irène, krizin ardından yalnızca canlandırdığı sahneyi değil, krizin başlangıç noktası olan annesinin hastalığını ve ölümünü de unutmuştu.

Durumu karmaşıklaştırmamak adına, o sırada bu amnezinin tanımını tartışmadan kabul etmiştik, fakat bu unutuş esasında çok tuhaftır. Bu gerçek bir unutuş, anıların yok oluşu, imgelerin imhası mıydı? Katiyen hayır; zira hasta tedavi edilebildi ve artık tüm bu olayları açıkça anlatabilmektedir. Öyleyse bu, anıların geri çağrılamaması mıydı? Anıların izlerine hâlâ sahip olmasına rağmen bilinçli olarak yeniden ortaya çıkarmada beynin aciz kalması mıydı? Bu da kesinlikle olamaz, çünkü hasta her gün olayların tüm ayrıntılarını anlattığı korkunç nöbetler geçirmek-

teydi. Kısacası, hiçbir şeyi unutmuş değildi ve her şeyi anlatma gücüne sahipti. O halde, unutuş neredeydi? Unutuş, yalnızca uyanık haldeyken, başka olayların ve kendi benliğinin bilincindeyken anlatamıyor oluşundaydı. Gerçi, yaşadıklarını aktarabiliyordu, fakat bunu yalnızca bir rüyada, bir hezeyanda, o anda benliğini duyumsamazken yapabiliyordu. İsminin, durumunun kişisel bilincine sahip olduğu anda, söz konusu anıyı artık ilişkilendiremiyordu. Somnambulizm bir fikrin imhası değil, çözülmesidir; bu fikir kendini bilinç kümesinden kurtarmıştır, bilinç kümesi onu geri alamaz ve kontrol edemez diyerek bu konuyu özetlemeye çalıştık.

Oldukça tuhaf görünen anestezilerimiz de aynı özellikleri çok daha açık bir şekilde bizlere sunmuştur. Bunlar, bir tür sistem oluşturan duyumlar grubudur; yani elden ya da bacaktan gelen, kendi başlarına mevcut olmalarına, hatta refleksler ve olağan hareketler meydana getirmelerine rağmen, bilincin bütününe artık bağlanamayan hissiyatlar topluluğudur.

Aynı fikri felçlere uygularsak, durumların tamamen aynı olduğunu göreceğiz. Bir süredir üzerinde durmakta olduğumuz anestezinin yanı sıra, histerik felce eşlik eden başka zihinsel fenomenler de vardır. Bunlardan en ilginçleri, anestezide gördüğümüze benzer bir tür kayıtsızlık ile bağlantılıdır. Bir kolumuz felçli olsa, bu bizi son derece rahatsız ederdi; bu hastalığa ilişkin epey endişe duyardık, daima eski halimizin hasretini çeker ve kaybettiğimiz hareketi geri kazanmak için durmaksızın ümitsiz çabalar sarf ederdik. Bu nedenle, felçli bir histeri hastası ile ilgilendiğimizde şaşırmaktan ve biraz hayıflanmaktan kendimizi alamayız. Bu tür hastalar sakin kayıtsızlıkları ve ataletleriyle bizi hayrete düşürürler. Uzuvlarından birinin kullanım dışı olması onlara sıkıntı verir gibi görünmez; yalnızca bir bacakla yürümeyi pek doğal bulurlar ve diğer bacağı kullanmak için en ufak bir gayret göstermezler. Charcot'nun, *helikopod* ve *helkopod* yürüyüşler arasında yaptığı ünlü ayrımı meydana getiren tam da budur. Organik hemiplejiden muzdarip bir kişi inatçı uzvunu öne atmak için epey uğraşırken, histerik hasta bacağını arkasından bir gülle gibi sürükler. Onu neredeyse küçümser ve Profesör James'in anlattığı bir hasta[2] gibi, bacağına "yaşlı kütük" adını takarak ona vurur.

[2] William James, "Notes on Automatic Writing", *Proceedings of the Society of Psychical Research,* Mart 1889, s. 552 ve "The Principles of Psychology" içerisinde, 1890, I, s. 377.

Bu davranış çok özel bir zihinsel soruna tekabül eder. Eğer bu kişileri sorgularsanız, uzuvlarını pek hatırlamıyor gibi göründüklerini, bu felçli uzvun daha önce ne yaptığını artık bilmediklerini ve bunu anlamak için gereken hayal gücü çabalarını gösteremediklerini görürsünüz. Féré, bu hususun üzerinde ilk duranlardan biridir. "Hastanın gözlerini kapattıktan sonra," der Féré, "ondan uzatma ve bükme hareketlerini gerçekleştiren sol elini tasvir etmesini isterim. Fakat bunu yapamaz. Sağ elini piyanoda oldukça karmaşık hareketler yaparken tasvir edebilir, fakat sol elinin uzay boşluğunda kaybolduğu hissini duyar. Bu elin biçimini bile kendine tasvir edemez."[3] Bu açıklamayı yirmiden fazla kez teyit ettim. Felçli uzvun bu tasvir ve hafıza yoksunluğu en tipik şeylerden biridir; birçok yazar tarafından da belirtilmiştir. İngiliz yazar Dr. Bastian da -ki histeri anlayışı bizimkinden farklıdır- şöyle demiştir: "Hastaya sol parmağıyla burnunun ucuna dokunduğunu hayal edip edemediğini sorduğumda, derhal 'Evet' diye cevaplıyor. Aynı soruyu felçli eli için sorduğumda, tereddüt edip, nihayetinde 'Hayır' diye cevaplıyor. Sol eliyle piyano çaldığını hayal edebiliyor, fakat sağ eliyle edemiyor."[4]

Aynı şey, bu hastaların istenci üzerine yapılan geçmişteki gözlemler için de geçerlidir. İngiliz yazar Brodie şöyle demiştir: "Histerik felçte, istence itaat etmeyen kaslar değildir, eyleme girmeyen istencin kendisidir." W. Page ise "Hasta 'yapamam' dediğinde, bu 'istencimi kullanamam' anlamına gelir" demiştir ve M. Huchard "İstençlerini kullanamazlar, isteyemezler." diye eklemiştir. Bütün bu sözler, felce uyarlandığında ne anlama gelir? Hastanın bilincini belirli bir eylem için uygulamaya geçirmek maksadıyla gereken ilk çabayı göstermiyor gibi göründüğü manasına gelir. Bu eylemin tasvirini bile yapamaz gibi görünür hasta. Tüm bu yorumlar hemen hemen aynı niteliktedir; somnambulik amnezilerde gözlemlediklerimizle aynı olan psikolojik fenomenlerin çözülmesi ile felçte tekrar karşılaşırız.

Yalnızca bir sorun kaldı. Çözülüp ayrışan bu psikolojik fenomen hangisidir? Somnambulizmde bu bir olayın düşüncesidir ve nispeten açıktır; fakat zihnimizde bacaklarımızın hareketinin düşüncesi mi mevcuttur? Bütünüyle yiten ve bacaklarımızın hareketini bize kaybettiren bu düşünce mi? Bu bize pek tuhaf gö-

[3] Féré, "La Pathologie des Émotions," 1892, s. 143.
[4] Charlton Bastian, "Various Forms of Hysterical or Functional Paralysis," 1893, s. 15.

rünür ve düşünce sözcüğünü bacaklarımızın hareket grupları için kullanmaya pek alışık değilizdir. Meseleyi daha açık hale getirmek için, henüz sözünü etmediğim ve bir önceki çözülme fenomenleri ile anlayamadığımız ciddi felçler arasında bir geçiş oluşturacağını düşündüğüm bazı felç biçimlerini anmamız gerekir.

III

İlklerinden biri Jaccoud olan ve aralarında Charcot, Blocq ve Séglas bulunan bazı yazarlar, diğerlerinden daha da abartılı ve anlaşılmaz bir histerik felç türüne dikkat çekmişlerdir.

Hastalar çoğunlukla genç insanlardır; onları yataklarında muayene ettiğinizde, bacaklarında en ufak bir felç ibaresi görmezsiniz. Yalnızca refleksler değil, daha da şaşırtıcısı hareketler de yerli yerindedir. Bacaklarını kaldırmalarını, bükmelerini, çevirmelerini söylediğinizde, istenen her şeyi tam olarak yaparlar. Üstelik, oldukça iyi bir kuvveti, neredeyse normal kuvvetlerini hâlâ muhafaza ederler. Ellerinizi ayaklarıyla geriye iter; dizlerine bütün gücünüzle dayanırsanız sizi yukarı kaldırırlar. Bu durumda kuşkusuz hiçbir şeyleri olmadığını söylersiniz. Fakat yürüme yeteneğinden katiyetle yoksundurlar. Ayakta durmalarını sağlarsanız, eğilecek, bacaklarını bükecek ve onları bir yana ya da diğerine atıp tek adım atmadan yere düşeceklerdir ve bu haftalar veya aylarca böyle sürecektir. Bacaklarının felçli olmadığı halde yürüyemedikleri gerçeğindeki çelişkiyi fark edeceklerdir. Charcot'nun anlatmış olduğu bazı hastalarda daha da büyük bir komedi görülür; zıplama, dans etme, tek ayak üstünde sekme, koşma gibi oldukça karmaşık görünen bazı hareketleri yapabilirler, fakat yürümeye çalıştıklarında derhal düşerler. Bu absürtlüğü aklınız alıyor mu?

Astazi-abazi adı verilen bu hastalığın bir dönem türünün tek örneği olduğu düşünülmekteydi fakat hekimler çok geçmeden aynı türden birçok başka felç biçimi olduğunu ve bunların çok da sık görüldüklerini fark etmek durumunda kaldılar. Kimi hastalar yürüyebilir fakat ayakta duramaz; kimileri ellerinin bazı işlevlerini yitirir ve neredeyse her zaman zanaatlarını unuturlar; ellerinde felç olmamasına rağmen bir terzi, artık dikememeye, ütücü, artık ütüyü tutamamaya başlar. Genç kızlar, sıklıkla artık yazamaz ya da piyano çalamaz olur. Babinski, ağzın işlevlerine ilişkin bu tür vakalar göstermiştir; hasta, dudaklarıyla diğer bü-

tün hareketleri yapabilirken, üfleme ve ıslık çalmayı yapamaz. Bu örnekler, öğrenme vasıtasıyla gruplanan belirli bir hareketler sisteminin bilinçten ayrılıp kendi varlığını sürdürdüğü *sistematik felçler*in mevcudiyetini kanıtlamak için yeterlidir.

Bu fenomenler somnambulik amnezimize çok yaklaşır. Hastalarımızdan birinin annesinin ölümünü ve hastalığı sırasında onunla ilgilendiği tüm süreci unutuşu, dikiş dikmenin ya da yazmanın unutulmasına oldukça yakın olan bir imgeler ve hareketler sisteminin yitimidir. Bu iki vakada, grubun ve az çok karmaşık sistemin aynı türden olduğunu anlarsınız. Eğer çok cüretkâr bulmazsanız, abaziyi istisnai bir histerik felç olarak değil, tam aksine tüm diğer histerik felçlerin türüne dahil olarak düşünmeyi teklif ediyorum.

Sağ elin hareketler grubu, piyano çalmak için gereken hareketler grubu gibi bir imgeler ve hareketler sistemidir. Ancak, bu çok daha kapsamlı ve en önemlisi çok daha eski bir sistemdir. Piyano çalmak yalnızca belirli özel duyumları kapsarken, elin tüm duyumlarını kendi içinde barındırması ve kapsamasının nedeni budur. "Peki ya bacaklardaki felç?" diye soracaksınız. Tamamen aynı şey olduğu kanısındayım. İki bacak, yalnızca anatomik olarak değil, özellikle psikolojik olarak da bir bütün oluşturur. Atalarımız, hayvanlar, zihinlerinde aynı seviyedeki ve aynı bölümdeki uzuvlar arasında bir bağlantı oluşturmuşlardır. Bu uzuvlar ortak bir rol oynarlar: Bir bölüm ayakta durmamızı, öteki ise nesneleri tutmamızı sağlar. Bacaklara ilişkin bu imgeler sistemi oldukça geniştir; yürüme ya da zıplama sistemleri gibi alt bölümler içerir, fakat bütünüyle de ayrışabilir. Son olarak, hipotezler ürettiğimiz için yolun yarısında durmamalıyız: Histerik hemipleji, astazi-abazi ile aynı türden bir fenomendir. Vücudun bir yanının hareketleri de bir sistem oluşturmaktadır; sağ taraftaki eylemler grubuna karşılık olarak sol taraftaki eylemler grubuna dair oldukça net bir fikrimiz vardır.

Kuşkusuz bu duyu ve imge sistemlerinin aynı zamanda beyinde ve omurgada bir bütünlüğü olan anatomik sistemler olduklarını söyleyeceksiniz. Bunu katiyen reddetmiyorum; bir sistemin psikolojik olması aynı zamanda anatomik olamayacağı sonucunu çıkarmamıza yol açmamalıdır. Tam aksine, biri ötekini kapsamaktadır. Bisiklet sürmeyi öğrenmeye başladığımda, hiç gruplandırılmamış ve birkaç merkeze bağlı olan imgeleri gönüllü olarak birlikte gruplandırırım ve neticede epey sarsak görünü-

rüm. Bir süre sonra, bisiklet üzerinde dengemi koruyabilirim; bu da bu farklı imgelerin birbirleriyle ilişki kurduğu ve düzenli olarak birbirini çağırdığı anlamına gelir. Bu işlevsel bağlantının farklı merkezlerden etkilenen anatomik bir bağlantıya tekabül etmesi ve beynimde bisiklet sürmeye ilişkin yeni, küçük bir merkezin oluşması kuvvetle muhtemeldir. Hatta bir sonraki yıl yeniden öğrenmek zorunda kalmadan bisikleti sürebilecek olmamın sebebi bu merkezin muhafaza edilmesi ve gelişmesidir. Yeni işlevlere bakarak, sistemin aynı anda hem zihinsel hem de fiziksel olduğunu kolaylıkla anlıyoruz; fakat atalarımızın, maymunların tıpkı bizim bisiklet sürmeyi öğrendiğimiz gibi iki bacak üzerinde yürümeyi öğrendiklerini ve maymunlardan önce vücutlarının bir yanındaki hareketleri sistematikleştirmeyi öğrenmiş ve sol taraf-sağ taraf ayrımını icat etmiş başka mahluklar olduğunu aklınızdan çıkarmamalısınız. Bu epey eski işlevin iyi organize edilmiş merkezleri vardır, ancak nihayetinde bu bir işlevdir, yani eksiksiz bir duyumlar ve imgeler sistemi.

Somnambulizm nöbetleri sırasında serbest kalan küçük bir düşünce sistemini histeriklerin kaybetmeleri ve kaybın sonucunda somnambulik ajitasyon ve amnezi semptomlarının oluşması gibi, aynı şekilde, aynı hastalar sağ tarafa yahut iki bacağa ait eski ve büyük bir düşünce ve duyum sistemini çözülme vasıtasıyla yitirebilmektedirler. Bu yeni çözülme kendini yine iki büyük semptom ile açığa vurur: Birincisi, bir önceki dersimizde kore ve kapsamlı tikler biçiminde incelediğimiz istemsiz motor ajitasyonlar; ikinci ise histerik felçlerdir. Bu fenomenlerin ayrıntıları yahut bu felçlerin farklı seviyeleri üzerinde durmayacağım; bu genel anlayışı sizlere takdim etmiş olmak yeterlidir.

IX
Görme Sorunları

Çeşitli algılarda sorunlar: dokunma, koklama, tat alma, duyma – Görme işlevinin tamamen çözülmesi – Histerik körlük – Görmenin kısmi çözülmesi – Tek taraflı amoroz – Bu amorozların çelişkili özellikleri – Monoküler ve binoküler görmenin çözülmesi – Görüş alanının daralması – Periferik ve merkezi görüşün çözülmesi – Histerik hemiplejiye kıyasla histerik hemianopi sorunu – Diskromotopsi – Göz hareketlerindeki sorunlar

Histerik anestezi üzerine söylediklerimiz vesilesiyle bu nevrozun motor fonksiyonlar kadar duyusal fonksiyonları da bozabileceğini görmüş oldunuz. Bu son derece önemlidir; histeri kaynaklı duyusal bozukluklar patolojinin ciddi bir bölümünü oluşturur. Semptomların bu kısa özetinde, bu hastalığı her algının etki alanına dek izleyemeyiz. Kaldı ki zaten belirli bir duyuya ilişkin söylediklerimiz diğer tüm duyulara da rahatlıkla uygulanabilir.

Peki hangi duyu üzerinde özellikle durmamız gerekir? Histerinin tipik bozukluklar meydana getirdiği algılar hangileridir? Dokunma duyusu üzerine konuşmuştuk. Ayrıca dokunma duyusuna ilişkin bozuklukların münferit olmadığını, hemen hemen her zaman hareket bozuklukları ile bağlantılı olduğunu da söyleyebiliriz. Hakkının tam olarak teslim edilmemiş olduğunu düşündüğüm Fransız Doktor Burcq'un şu sözünü hatırlayalım: "Anestezi asla amiyostaniden, yani kas güçsüzlüğünden ayrı var olamaz". Kuşkusuz, kimi vakalarda, nesneleri tanımak için dokunma duyusuna ihtiyaç duyan bazı kişilerde, dokunsal algı yalnızca algı olarak bozulabilir, fakat bu çok ender görülür. Dokunsal lokalizasyon bozuklukları, özellikle de allokiri adı verilen ve hastanın sağ tarafına yapılan her şeyi sol tarafında -ve tam aksi- algılamasına yol açan nadir fenomeni de gözlemleyebilirsiniz.[1]

Son olarak, bazı anormal ağrıları ve hisleri dokunma duyu-

---

[1] Bu soruna ilişkin, "Névroses et Idées fixes" isimli kitabımdaki *Un Cas d'Allochirie* bölümüne bakınız, 1898, s. 234.

suna ilişkin bozukluklara bağlayabilirsiniz, fakat bu fenomenlere her zaman hezeyanlar ya da en azından saplantılı düşünce çağrışımları eklenir. Tat alma ve koklama duyusu üzerinde de durmuyorum. Histeride bunlarda da sıklıkla bozukluklar görülür fakat bu çok nadiren bağımsız bir şekilde vuku bulur. Bu duyulardaki bozukluklar hemen hemen her zaman beslenme ve soluma fonksiyonlarındaki bozukluklarla ilişkilidir. İçorgansal fonksiyonların bozukluklarını incelerken bunlarla tekrar karşılaşacağız.

Histerik sağırlığa, bu hastalardaki, genellikle konuşma bozuklukları ile bağlantılı olan fakat ayrı bir şekilde de görülebilen işitme bozukluklarına ayrı bir ders ayırmak daha uygun olacaktır. Histerik sağırlığa dikkat ediniz; epey sık görülür ve eğer yanılmıyorsam oldukça fazla teşhis hatasına neden olmaktadır. Bu rahatsızlığı tanıyabilmenizi sağlamak maksadıyla, bu tür duyma bozukluklarına ilişkin Dr. G. L. Walton'ın 1883'te *The Brain*'de yayınlanan "Deafness in Hysterical Anesthesia" isimli ilginç çalışmasına dikkatinizi çekmekten memnuniyet duyuyorum. Tanı koyabilmek için, bunun periferik değil merkezi bir sağırlık olduğunu unutmamalısınız. Rinne'nin meşhur deneyi bu ilk husus hakkında size bilgi verecektir. Sağırlık periferik olduğunda; örneğin kanalda bir tıkanma, kulak kemikçiklerinde bir hastalık yahut kulak zarının havalanmasında bir bozukluktan kaynaklandığında, hasta merkezi işitme gücünü korur. Bunu, dişlerine ya da kafatası kemiklerine yerleştirilen bir saat yahut diyapazonu duymasını sağlayarak teyit edebilirsiniz. Kemiklerle yayılan titreşimler hâlâ duyulmaktadır, oysa artık hava ile iletilemezler. Merkezi sağırlıkta ise bunun tam tersi görülür ve histerik hastalık bu ikinci durum ile bağlantılıdır. Bu kısmı oturtunca, anestezinin devingen ve çelişkili karakterini tetkik ederek ve gelişimini inceleyerek tanı koyabileceksiniz. Şimdilerde çalışılması revaçta olan bu ilginç semptom üzerinde daha fazla duramayacağım için üzüntü duyuyorum. Fakat histeri açısından bakıldığında o kadar ilginç olan ve bu nevrozun anlaşılması için öyle karakteristik değişimleri olan bir duyu var ki, ona mümkün olan en çok vakti ayırmayı arzu etmekteyim ve bu sebeple algılardaki histerik bozukluklar üzerine yaptığımız bu çalışmanın, hepsinden önce, görme hastalıkları üzerine olması gerektiği kanaatindeyim.

I

Artık histerinin sayısız fenomenini incelerken bizi yönlendiren genel fikri biliyorsunuz: çözülme. Bu hastalığın adeta bir

analiz etme yetisi varmış gibidir; devasa psiko-fizyolojik sistemi ayrıştırır, işlevlerini birbirinden ayırır. Bu çözülme hiçbir yerde görmede olduğu kadar kesin ve ilginç değildir. Bunun nedeni, görmenin çok sayıda işleyişe bölünmüş ve zihinde çok önemli bir rol oynayan oldukça karmaşık bir fonksiyon olmasıdır. Histeri, bu fonksiyon üzerinde olası tüm çözülmeleri tetikleyebilir. İlk olarak, tüm görme fonksiyonunu zihnin bütününden bir anda ayırabilir; bu en köklü ve en nadir çözülme biçimidir. Sonra, en büyük fizyoloğun imreneceği bir zekâyla temel fonksiyonlarına ve ardından yeniden alt sınıflara bölerek, bunlardan bir tanesinden kurtulurken diğerini muhafaza ederek, tüm fonksiyonun parçalanmasına sebep olur. Hatta burada, fizyoloğa kendisinin anlayamayacağı bileşik fonksiyonların ne şekilde ayrışacağını öğretmesiyle histerinin sunabileceği hizmetlerden bir örnek görürsünüz.

İlk büyük bozukluk, az önce söylediğimiz gibi, görmenin tamamının çözülmesidir: başka bir deyişle, histerik körlük. Bu fenomen ender görülür, zira hasta temel işlevleri her zaman mümkün olduğu kadar muhafaza eder ve görme yetisinin yalnızca bir kısmını yitirir. Ancak yine de sıklıkla saptanmıştır. Lepois, 1618 kadar eski bir tarihte bu körlüğe dikkat çekmiştir. O zamandan beri birçok yazar da incelenmiştir ve bu hususta dikkatinizi özellikle Landolt, Borel ve Parinaud gibi Fransız göz hekimlerinin çalışmalarına çekmek isterim. Bu tam körlük genellikle kazaların sonucu olarak ortaya çıkar ve travmatik histeri fenomenine dâhildir.

Son zamanlarda gözlemlediğim iki vakayı aktaracağım. Otuz sekiz yaşında bir adam bir makineyi temizlemektedir. Yağ ve petrole bulanmış bir bez parçası dişlilere takılıp yüzüne çarpar. Yüzü yalnızca kirlenmiştir ve bu kazayı pek sorun etmez. Yüzünü yıkar, ancak cildini ve göz kapaklarını bu yağlı maddeden arındırmakta güçlük çeker. Gözlerine hiçbir şey girmediğini ve gözlerinde hiçbir ağrı hissetmediğine dikkat ediniz. Fakat, bir saatin ardından gözlerinin önünde bir sis varmış gibi olur; bu sis gittikçe kalınlaşır ve iki saat sonra hiçbir şey göremez olur. Ertesi gün ve sonraki günlerde görüşü artıp azalır. Arada sırada, özellikle de sağ gözüyle biraz görür. Bu dalgalanma bir ay sürer, ardından tamamen ortadan kalkar ve adam dört yıl boyunca kör kalır. Benzer bir hikâyeye sahip, otuz bir yaşında bir kadınla devam edelim. Çalıştığı çamaşırhanede sıcak su kazanının patlaması üzerine sabun ve kireç karışmış su kadının yüzüne bulaşır. Cildi hafifçe yanar ve gözkapakları şişer. Kaza yaşandığında regl dönemi içerisindedir; oldukça tedirgin ve sersemlemiş hisseder.

İlk günlerde gözlerini açmaya cesaret edemez; kısa süre içinde fark edilir ki görme yetisini kaybetmiştir. İki yıl boyunca görme yetisi tamamen kaybolur. Bu hastayı muayene ettiğimde, görmesinde hâlihazırda ufak bir iyileşme vardı ve bu iyileşme kolaylıkla ve hızla arttı. Diğer vakalarda, görme kaybı daha az ciddi olur; birkaç gün sürer ve bir anda geçer. Yirmi yedi yaşında bir kadın şöyle tuhaf bir alışkanlığa sahiptir: Okurken odayı aydınlatan kırmızı, şimşek çakması gibi bir ışık görür; gözlerini kapatır ve tekrar açtığında gözleri görmez olur. Bu durum bir defasında on iki gün, başka bir zaman yedi, bir kere de sekiz gün sürmüştür. Görme yetisi, tıpkı kayboluşu gibi aniden geri gelir.

Görme yetisi bu şekilde tamamen yitirildiği zaman, tanı koymanın çok güç olduğunu ve alabileceğiniz önlemlerin pek fazla olmadığını belirtmeme gerek yoktur. Kuşkusuz ilk önce yetkin bir göz hekiminden görme yetisini kapsamlı bir şekilde muayene etmesini istemelisiniz. Göz dibi ve optik sinir lezyonlarına, camsı cisim kanamalarına vs. dikkat etmelisiniz. Gözbebeği reflekslerinin durumunu da sorunuz. Teorik olarak histerik körlükte bu reflekslerin gayet normal olması gerekir; bu daha önce gördüğümüz bir kuraldır. Size söz ettiğim üç vakada da durum böyleydi. Evet, iris kasılmalarına ilişkin komplikasyonlar görebilirsiniz; fakat yine de tanı koymak için çok acele etmeyiniz. Eğer ortaya çıkarmayı başarabilirseniz, fenomenin hareketini incelemenin kuşkusuz çok yardımı olacaktır. Kimi zaman bu körlük anormal durumlarda, krizlerde ve somnambulizmlerde tamamen ortadan kaybolur; o zaman her şey açıktır. Son olarak, kimi zaman çelişkili karakteri ortaya çıkarmayı ve histerik hastanın, aksini iddia etse de esasında görebildiğini göstermeyi başarırsınız. Berlin'den Profesör Jolly bu konuda şöyle demiştir: "Hiçbir ışığı algılamıyor gibi görünen bu çocuklar, yine de beklenmedik şekilde önlerine konan engellerden kaçınmaya çalışırlar; gerçekten kör olanlar gibi davranmazlar, kuşkusuz bir çeşit algıya sahiplerdir."[2] Burada büyük öneme sahip olan bilinçaltı algısıdır bu. Ancak yine de histerik tam körlüğün, her ne kadar nadir görülse de hekimler için daima kafa karıştırıcı olduğu bir gerçektir.

Ne mutlu ki bu artık böyle değil; histerinin görme fonksiyonunu ayrıştırıp, yalnızca bir kısmını ortadan kaldırdığı eksik ve daha sık görülen biçimlere baktığımızda anlayabiliriz bunu. Bu ayrışmaların en basit ve diyebilirim ki en gülüncü, insanın iki

[2] F. Jolly, "Ueber Hysteria bei Kindern," *Berliner Klin. Wochenschr.*, 1892, No: 34, s. 4.

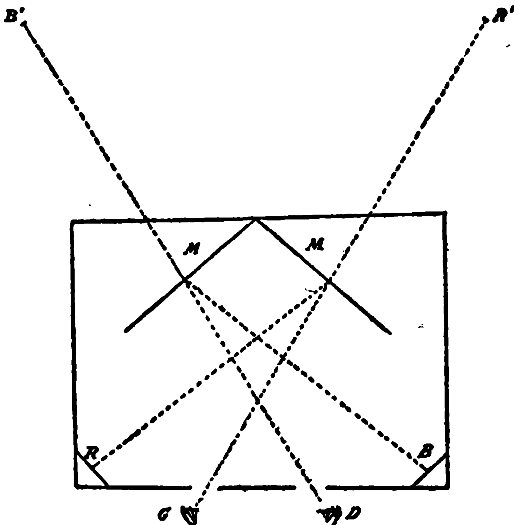
gözü olmasına ve toplam görüşün iki ayrı görüşten oluşmasına dayanan *tek taraflı amorozdur*. Gençlerin yalnızca bir gözleriyle gördüklerinden yakındıklarına oldukça sık rastlarsınız. Fakat bu durum ile çok da uğraşmazlar; genellikle kaynağını bilmezler ve şans eseri farkına varmışlardır. Bir gün bir sebeple sağ gözlerini kapatmak durumunda kalırlar ve kendilerini karanlık içinde bulmaktan epey hayrete düşerler. Deneyi tekrarlarsınız ve iki gözleri de açıkken gayet iyi gördüklerini, fakat gözlerinden biri kapandığında kesinlikle hiçbir şey görmediklerini fark edersiniz. Buna benzer sayısız gözlem bulunur ve histeriye ilişkin birçok çalışma ve tartışmaya yol açmışlardır. Bu belki de deneysel psikoloji çalışmalarına giriş görevi gören unsurlardan biridir.

Bunun sebebi bu amorozun oldukça tuhaf koşullarda ortaya çıkması ve göz hekimleri için rahatsız edici bir problem haline gelmesidir. Peki ama neden? Bir gözün tek başına zarar görmüş olmasının olağanüstü bir tarafı yoktur. Nedeni, burada en üst dereceye taşınmış haliyle histerik anestezi karakterini görüyor olmamızdır. Birincisi, bu körlük kayda değer bir organik rahatsızlık olmadan ve organın temel işlevinde herhangi bir bozulma olmadan ortaya çıkar. Gözde, dışarıdan ya da içerden hiçbir yaralanma yoktur; önemli refleksler gayet sağlamdır. Bununla birlikte, çok kez korneal ya da konjonktival refleksler gibi periferi kaynaklı reflekslerde bir baskılanma görürsünüz. Örneğin, bir kağıt parçasının konjonktiva ya da korneaya değmesi gözkapaklarının spazmodik kapanmasına yol açmaz. Bozulmuş olması muhtemel olan yüzeysel duyarlılıkta bir refleks söz konusudur burada. Ancak dikkat etmenizi istediğim iris kontraktürleri hariç, gözbebeklerinin ışık ve uyum refleksleri çoğunlukla kusursuzdur. Bu koşullar altında hastanın göremiyor oluşu hekimleri şaşırtır.

Bazı özel vakalarda, bu güvensizliklerinin daha da haklı gerekçeleri vardır; örneğin, askere alımlar için teftiş kurulundan önce, askerlikten kaçmak isteyen genç adamlar sağ gözlerinin görmediğini ve nişan alamayacaklarını öne sürerler. Muayeneden sorumlu askeri hekim, bu gözde hiçbir nesnel rahatsızlık saptamadığında ve retina gayet iyi algılıyormuş gibi gözbebeklerinin ışığa tepki verdiğini gördüğünde bazı şüphelerini dile getirme hakkına elbette sahiptir. Sahtekârlık olduğunu düşündüğü şeyi ortaya çıkarmak için ustaca yöntemler icat eder. Bu yöntemler arasından en hoş iki tanesi Snellen harfleri ve Flees kutusudur. Tamamen siyah bir fon üzerinde kartondan kesilmiş, kimi

mavi kimi kırmızı harfler yapıştırılmıştır. Bir camı harflerle aynı tondan bir mavi, diğer camı aynı tondan kırmızı olan bir gözlük hastaya takılmıştır. Yalnızca kırmızı ışınları geçiren kırmızı camdan, siyah fon üzerindeki kırmızı harfler görülebilir, fakat mavi harfler fon kadar siyah görünür ve ayırt edilemez; mavi cam için ise bunun tam tersi geçerlidir. Sonuç olarak bu şartlar altında sağ göz ile harflerin yalnızca yarısı okunabilirken, sol gözle de öteki yarısı okunabilmektedir. İki gözüyle de gören bir kişi içgüdüsel olarak bir gözü diğeriyle tamamlar ve bütün kelimeyi zorlanmadan okur. Bu durumda tek gözle gören biri harflerden yalnızca bir kısmını okuyabilir. Peki, bizim acemi er ne yapar? Gözlerinde gözlüklerle, kara tahtadaki tüm harfleri sessizce okur.

Flees kutusu daha da dahiyanedir. Figür 12'de şemasını görebilirsiniz: Kişi D ve G ile gösterilen ve iki gözüne karşılık gelen iki delikten küçük bir kutunun içine bakar. Kutunun her iki ucunda iki renkli nokta; R ile gösterilen kırmızı ve B ile gösterilen beyaz iki levha bulunur. Ancak kişi onları doğrudan göremez; yalnızca imgelerini kutunun dibinde siyah kağıt ile gizlenmiş ve zemine 45 derecelik bir açıda olan aynalarda (M M) görür. Bu aynalar levhaların görüntülerini tuhaf bir biçimde yanlara verir; gerçekte sağ göz, D ile görülen nesne Sol tarafta B'de görünür ve sol göz, G, ile görülen nesne de sağ tarafta R'de belirir.



Figür 12. Flees kutusu şeması.

Ancak bu levhaların ikisi de aynı anda iki gözle görülemez. Sol gözünü sahiden de yitirmiş, tek gözlü bir adam, kutuya bakılması istendiğinde ne yapardı? Şöyle derdi: "Yalnızca bir levha görüyorum, beyaz olan B'yi; fakat beni şaşırtan şey bunun sol tarafımda görünmesi; normalde o tarafı göremiyorum." Peki ya sol gözüyle gören ama bu gözü körmüş gibi davranan numaracı bir kişi ne yapar? Gerçekte her iki levhayı da görür, fakat birini gizlemek gerektiğini düşüneceği için elbette solda, kör olduğunu iddia ettiği tarafta görüneni gizler; beyaz levha B'yi gizler ve yalnızca bir levhayı, sağ taraftaki kırmızı olanı gördüğünü iddia eder. Bu levha, yani R, yalnızca sol göz ile görülebileceği için foyası meydana çıkar.

Peki bu kutunun karşısında histeri hastalarımız nasıl davranırlar? Kabul etmeliyiz ki oldukça absürt görünürler: Çoğunlukla naifçe her iki levhayı da gördüklerini söylerler. Vaktiyle, bu koşullar altında genellikle hilekârlık ile suçlandıklarını anlayabilirsiniz. Söylemesi tuhaf ama histeri hastalarımızın pek talihi yoktur; rahatsızlıkları öyledir ki hemen hemen her zaman suç ya da hile ile karıştırılır. Kimileri nöbetleri yahut şeytan pençesi vakaları sebebiyle yakılmış, kimileri ise amorozlarının tedavisi için hapse atılmıştır.

Her nasılsa, askeri hekim tarafından keşfedilen bu enteresan durumlar merak uyandırmıştır. Görünürde önemsiz ve küçük tek taraflı amoroz fenomeninin özellikle Fransa'da yoğun bir şekilde çalışıldığı bir zaman vardı. O dönemin araştırmaları ile Regnard, Parinaud, Bernheim'ın isimleri ve belki de, eğer izin verirseniz, benim ismimin birlikte anıldığı söylenebilir. Sözünü ettiğimiz deneylere aynı türden pek çok başkaları da eklenmiştir. Fizikçi Brewster'ın vaktiyle yaptığı deneyini bilirsiniz: Kişi, iki gözü açık bir şekilde bir nesneye bakarsa ve bir gözüne hafifçe bastırırsanız, bir yerine iki nesne görür, çünkü nesne artık iki retinanın birleşme noktalarında resmedilmiş değildir. Aynı koşullarda gözlere dokunmadan, bir gözün önüne bir prizma koyarsanız yine aynı fenomen gerçekleşir; nesne çift görünür. Elbette bu çift görme iki gözün ve iki görüşün mevcudiyetine işaret eder; deney tek gözlü bir kişi ile yapıldığında böyle bir şey gerçekleşmez. Bir gözünüzü kapatıp ötekine hafifçe bastırarak bunu doğrulayabilirsiniz; nesne hareket eder, ama çift olmaz. İşte, histeriklerdeki tek taraflı amoroz vakalarında tüm bu deneyler ve nice benzerleri iki gözüyle gören normal insanlar ile aynı sonuçları vermektedir.

Aldatmaya dayandırılan açıklama epey basit kalır; belki de askere alınmayan ve kendilerini tek gözlü olarak takdim etmekten en ufak bir çıkarı olmayan ve hatta muayene olmak için gittiği göz hekimine ödeme yapmak zorunda olan insanlar için fazla basit kalır. Biraz daha dikkatli bir gözlem ile bu ilk açıklamadan vazgeçilmiştir. Hepimiz bu husus üzerine söyleyeceklerimizi kayda geçirdik. Bernheim elbette telkinden söz etti. Ben şahsen öznenin bizzat algılamamasına rağmen bazı durumlarda mevcudiyetini sürdüren bilinçaltı duyumları üzerinde durdum. Fakat şu anda takdir ediyorum ki bu özel durum için en iyi formülü Perinaud vermiştir. Görme üzerine oldukça iyi bir inceleme ile iki tane göz olmasının ve bunların konumlarının iki farklı görüş meydana getirdiğini göstermiştir. Birincisi, ayrı ayrı ya da birbirini izler şekilde olan monoküler görüştür, ki gözleri başının iki tarafında olan atlar ve pek çok hayvanda yalnızca bu görüş mevcuttur. Sağa bakabilirler; sola bakabilirler, bir ona bir diğerine bakabilirler ama hepsi bu kadar. İnsan, maymun ve iki gözü neredeyse aynı düzlemde olan bazı köpekler gibi hayvanlarda işler daha karmaşıktır. Bu varlıklar yalnızca önceki monoküler ya da birbirini izleyen görüşe değil, aynı zamanda binoküler görüş adı verilen bir başka görüşe de sahiptirler. Bu görüş önceki ikisinin sentezinden oluşur ve bu da bir nesneyi iki gözle görmemizi sağlar. Bir öncekinin gelişmiş halidir, zira aynı nesneyi daha açık görmemize olanak tanır, sabitlemeye imkân verir ve bir rölyef görünümü kazandırır. Stereoskop deneyinin de başlangıç noktası budur. Genellikle bu görüşü kullanırız, fakat birçok durumda, kimi zaman istemsizce yan tarafları görmek için ya da bir gözümüz yorgun olduğunda, kimi zamansa tüfek ile nişan alırken yahut mikroskop ile bakarken kendi irademizle bir gözümüzü kapattığımızda yararlandığımız daha aşağı olan görüşü kullanma ihtimalini de saklı tutarız.

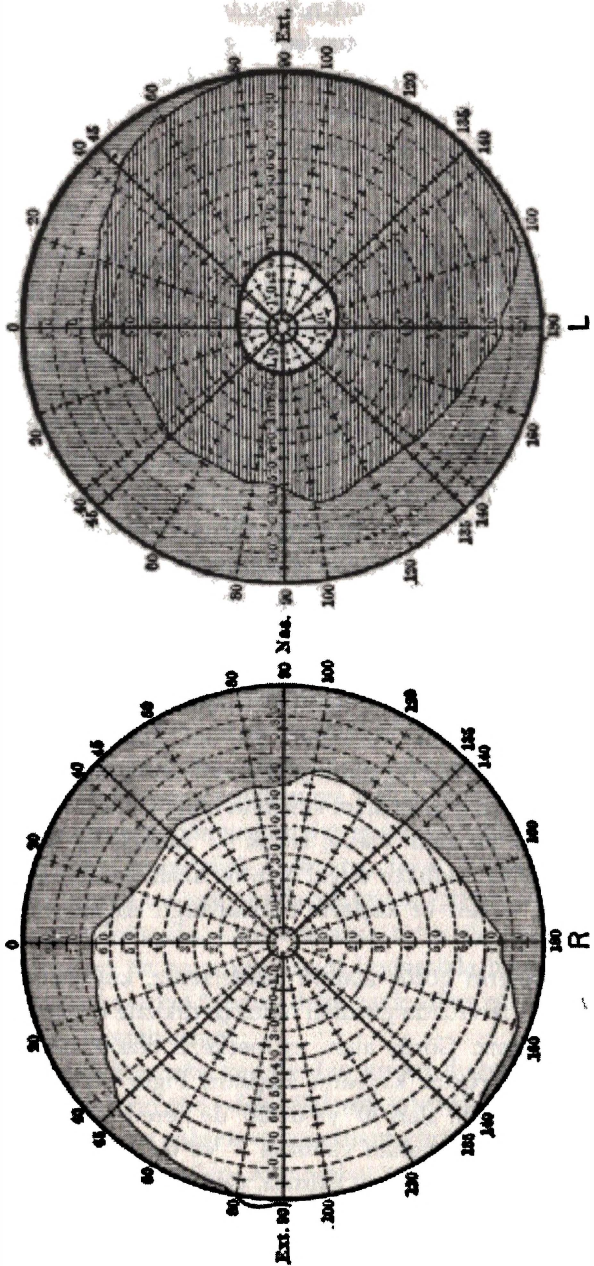
Bu iki görüş arasında, varlığından kuşku duymadığımız çözülmeye histeriklerin etki edebildiklerini görmek oldukça ilginçtir. Çoğunlukla daha yüksek ve esas insan görüşü olan binoküler görme kabiliyetini yitirirler – ki bu rahatsızlık bilinmezdi. Ne var ki, bundan şikâyet etmezler; bu umulmadık şeyi, yani bir histeriğin stereoskop ile bakamadığı ve Ducos de Hauron anagliflerindeki rölyefi algılayamadığını ortaya çıkaracak olan şey tıbbi muayenedir. Ancak kimi zaman da binoküler görüşü muhafaza ederken bir gözde monoküler görüyü yitirirler. Önceki deneyler

binoküler görüşe hitap ederek, onu gerekli kılarak histerikleri rahatsızlıklarının ortaya çıkmayacağı bir konuma getirmişlerdi. Gördüğünüz gibi bu münferit amoroz, kâh binoküler kâh monoküler işlevi ayırarak görme fonksiyonunu şaşırtıcı bir biçimde ayrıştırmıştır.

II

Histerik görme rahatsızlıklarını incelemeye devam edelim ve çözülmenin zemin kazanmaya devam edeceğini ve daha hassas işlevlere de dâhil olacağını görelim. Bu noktada bilinmesi gereken en önemli semptom, üzerinde uzun süre durmamız gereken *görüş alanının daralması*dır. Bildiğiniz gibi, insan görüşü, retinanın boyutlarından dolayı belirli bir yüzeye yayılır. Bir gözün hareket etmeden, aynı anda görebildiği yüzeyin kapsamına görüş alanı adı verilir. Kuşkusuz bu tanımın her noktasının tartışılması gerekir. Özellikle, görüş alanının her noktasının eş zamanlı olarak tek bir dikkat ediminde görüldüğü kesin değildir; fakat bu tanım pratikte yeterlidir. Tanımlaması çok uzun sürecek olan kampimetre ve perimetre adları verilen araçlarla normal bir insanın görüş alanını ölçerseniz, aşağıda, Figür 13'te R ile gösterilen sağ gözün görüş alanının tasvirinde sizlere sunduğum şekli elde edersiniz. Alan, neredeyse 90° olan daha geniş dış ve alt yanları ile düzensiz bir daire şeklindedir ki bu da sabitleme noktası, verteks ve görme alanı sınırının oluşturduğu açıların 90° olduğu anlamına gelir. Daire, ancak 60° olan iç ve üst taraflarda daralmaktadır; oldukça doğal olan bu azalma, tahmin edebileceğiniz gibi, burun ve kaşların oluşturduğu engellerden kaynaklanmaktadır.

Histeriklerin görüş alanını incelerseniz, kuvvetle muhtemel yalnızca bu nevrozda görülen oldukça dikkate değer bir durumla karşılarsınız: Görüş alanı eş merkezli olarak daralmaktadır. Eşzamanlı görüşün kapsamı küçülür; Figür 13'teki sol gözde gördüğünüz gibi, alan 30° ya da 20°'de neredeyse daire biçimindedir. Alan kimi zaman yalnızca 5° ya da 10°'dir ve sabitleme noktası dışında hiçbir şey kalmaz. Gerçi bir retina hastalığı, pigmenter retinit ve belki bazı kronik glokom formları, benzer bir fenomene yol açar, fakat o zaman ilk olarak görüş alanı düzensiz bir biçim alır ve ikinci olarak göz dibinde görünür lezyonlar bulunur. Sinir sistemi hastalıkları ile ilgili olarak, görüş alanının bu



Figür 13. Görüş alanı şeması: sağ gözde, R, normal; sol gözde, L, daralmış.

eş merkezli daralmasının epilepside ve yayılmış sklerozda görüldüğü söylenmişse de bunun yanlış olduğu anlaşılmıştır. Dolayısıyla bu semptom, elbette hasta için değil fakat ondan karakteristik bir gösterge olarak yararlanacak olan hekim için histerinin en önemli semptomlarından biri haline gelmiştir.

Görüş alanındaki bu daralma enteresan psikolojik özellikler gösterir; hasta bu duruma karşı oldukça kayıtsızdır ve bu başka bir yerde[1] üzerinde durmuş olduğum ilginç bir olgudur. Doğrusunu isterseniz, hiçbir şey görüş alanının gerçekten daralması kadar külfetli değildir; kronik glokomdan muzdarip talihsiz kimselerin aynı anda yalnızca bir kelime ya da bir hece gördükleri için artık gazetelerine göz gezdiremediklerinden nasıl yakındıklarını bilirsiniz. Merkezi gayet iyi gören bu hastalar sokakta yollarını bulamazlar. Son derece küçük bir görüş alanına sahip histerikler ise hiçbir sıkıntı çekmeden koştururlar. Vaktiyle bu duruma Charcot'nun dikkatini çektiğimi anımsıyorum, fark etmemiş olduğundan bir hayli şaşırmıştı. La Salpêtrière'in avlusunda epey zekice beyzbol oynayan iki genç hastamızı ona göstermiştim. Ardından, hastalarını onun karşısına getirip görüş alanlarının küçük bir nokta kadar küçüldüğünü belirttim ve ona gözlerinin önünde yalnızca küçük birer delik açılmış kartlar ile beyzbol oynayıp oynayamayacağını sordum. Histeride bilinçaltı duyumlarının mevcudiyetinin devam etmesinin en iyi örneklerinden biridir bu.

Bunun yanı sıra, kısa bir süre sonra aynı hususta daha da açık bir deney yapma fırsatım oldu. Genç bir çocuk yangından kaynaklanan şiddetli korku krizleri geçirmekteydi ve nöbetin tekrarlaması için küçük bir alev görmesi yeterli olmaktaydı. Görüş alanı 5°'ye düşmüştü ve bu açının dışında kesinlikle bir şey görmüyor gibiydi. Gözlerini perimetrenin merkez noktasına sabitleyip ardından 80°'ye yanan bir kibrit yaklaştırarak nöbetini tetikleyebileceğimi gösterdim. Aynı deney, ileride konuşacağımız telkinler kullanılarak daha basitçe de gerçekleştirilebilir. Bir hasta gözlerinin önünde bir kâğıt gördüğü anda kolunu kaldırma emri alır ve şuursuzca itaat eder. Kâğıt seksen dereceye, bilinçli görüş alanı sınırlarının çok dışına konduğunda bile telkin gerçekleşir. Gördüğünüz gibi bu histerik rahatsızlık retinanın merkezden uzak kısımlarındaki oküler algıyı pek de ortadan kaldırmamak-

---

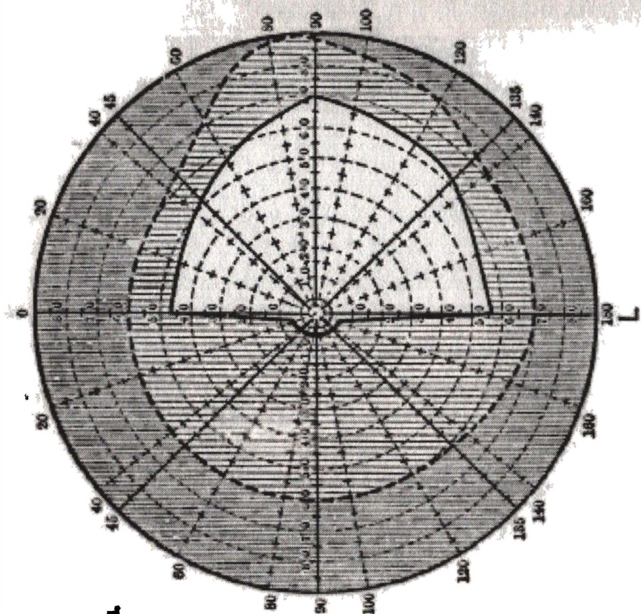
[1] "The Mental State of Hystericals," İngilizce çevirisi, s. 15.

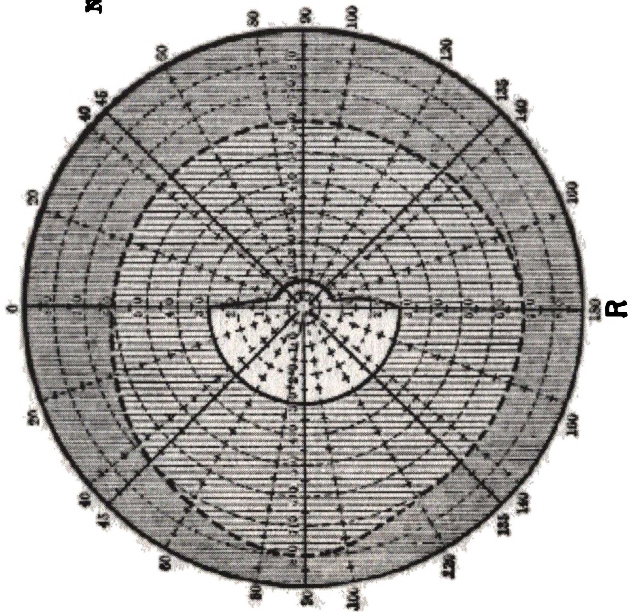
tadır. Bu yine öncekiler gibi bir çözülmedir. İki tane görüş vardır, yanlışsız ve dikkatli olan merkezi görüş ve boş ve ikincil öneme sahip periferik görüş. Gördüğünüz gibi histerikler yalnızca birinciyi bilinçli şekilde muhafaza eder; ikinci ise bilinçaltında devam eder.

Özel bir ilgi duyduğum çok enteresan bir problem hakkında birkaç kelime söylemeden görüş alanına ilişkin bu incelemeye son veremeyeceğim. Görüş alanı yalnızca bu şekilde mi değişime uğratılabilir? Başka bir deyişle, daralma yalnızca eşmerkezli mi olur? Bu sorunun muhtelif yönlerini incelemeye zamanımız yok. Yalnızca birinin üzerinde duracağım. Histeride hemiyopik görüş alanı ile yahut hemianopi fenomeniyle karşılaşabilir miyiz? Bu soru göründüğünden daha büyük bir öneme sahiptir. Hemianopi, yani görüş alanının sadece yarısının görülmesi, çoğu zaman beyin lezyonlarını izleyen, sık görülen bir fenomendir. Optik sinirlerin kesilmesi, Gratiolet radyasyonları, oksipital lob ve kuneus lezyonları retinanın dikey yarımlarından birinde görmeyi ortadan kaldırır ve bildiğiniz gibi lezyon bu hemianopisnin yeri ve biçiminden ayırt edilebilir. Bazı dalgalanmaların ardından, hekimler, özellikle de Gilles de la Tourette'in çalışmasından sonra, histerik hemianopinin varlığını kesinlikle reddetme ve bu semptomu yalnızca organik lezyonlara atfetme noktasına gelmişlerdir. Bu karar *a priori* makul değildir. Histerinin işlevsel rahatsızlığının, işlevin merkezindeki organik tahribat ile aynı semptomları ortaya çıkarmaması için bir sebep görmüyorum. Felçleri ele alırken dediğimiz gibi, her işlevin nihayetinde, yeterince eski olduğunda, bir organik merkezi vardır ve bazı durumlarda işlevsel ve organik rahatsızlıklar benzer olabilir. Ayrıca, hemiplejiyi incelerken bu durumu tespit etmemiş miydik? Motor hemiplejiden daha fazla büyük lezyon semptomları gösteren bir rahatsızlık yoktur ve kimse bunun histeride meydana geldiğini inkâr etmez. Aynısı hemianopide de geçerlidir; bir olgu eğer mevcutsa teorilere rağmen onu kabul etmek mecburiyetindeyiz.

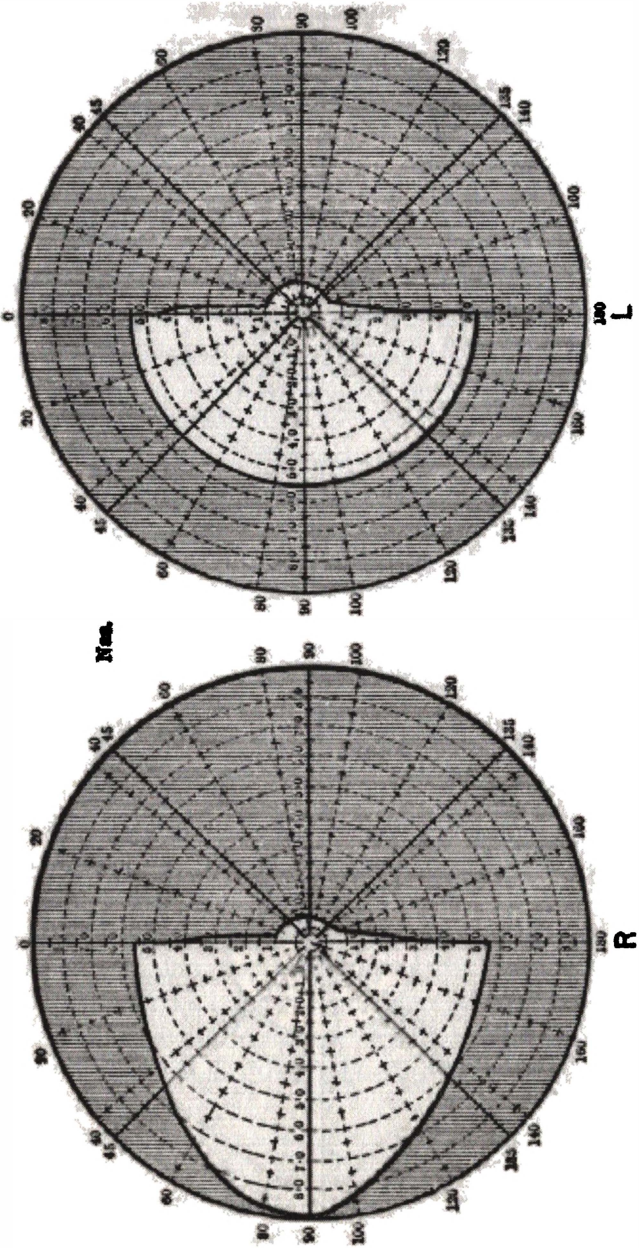
Bir önceki olumsuzlama döneminin ardından, 1894'te Déjerine, 1895'te de ben işlevsel hemianopi ile ilgili ilk özgün gözlemler sunmuştuk.[2] Görüş alanının görünürde bastırılmış kısmında mevcudiyetini sürdüren bilinçaltı duyumlarını göstererek bu

[2] "Un Cas d'Hemianopsie Hystérique," Salpêtrière'de verilen bir konferans, 25 Ocak 1895, *Archives de Neurologie*, Mayıs 1895, s. 339 ve "Névroses et Idées fixes", I, s. 263.





Figür 14. Bir histerik hemianopi vakası şeması. ___ bilinçli alanın sınırları, ---- bilinçaltı alanın sınırları.



Figür 15. Tek taraflı amorozun iyileşme sürecinde bir histerik hemianopi vakası şeması.

sendromun histerik karakterini ispatlamış olduğumu sanıyorum (Figür 14). O zamandan itibaren şemasını burada görebileceğiniz eşit derecede belirgin başka vakalar gösterme şansım da oldu (Figür 15). 1897'de *The Brain*'de çıkan bir makalede W. Harris benzer bir vaka sunmuştur[1]: Benim yapmış olduğum gibi, özellikle histerik hemianopinin amoroz ile başladığı vakalara dikkat çekmiştir. Bir histerik amorozun iyileşme döneminde görüş alanı birçok vakada bir süre için hemianopi biçimini alır. Bununla ilgili sizleri geçici hemianopi üzerine makaleme yönlendiriyorum.[2]

Bu hemianopi fenomenlerinin bizi çok fazla şaşırtmaması ve genel nevroz anlayışımızı değiştirmemize neden olmaması gerektiği kanaatindeyim. Görmenin anatomik lokalizasyonunun incelenmesi retina üzerinde özel bir görüş dağılımı algılamamıza neden olur. Sikloplar gibi alnının ortasında yalnızca bir gözü olan ya da, dilerseniz, kafasının ortasında biri diğerinin altında iki gözü olan bir adam düşünün. Bu gözlerin her biri, bedenin geri kalanı gibi bir sağ bir sol yarıma sahip olacaktır ve iki gözün iki sağ yarım ve iki sol yarımını kapsayan görüşün sağa ve sola ilişkin belirgin işlevleri oluşacaktır. Daha sonra iki göz ayrılıp farklı tarafa atılacak, fakat işlev aynı kalacaktır ve hâlâ bir sağ görüşe ve bir sol görüşe ait işlevler mevcuttur. Bu işlevler tüm diğerleri gibi histeride çözülme yaşayabilir; ne var ki, bu işlevler çok eski olduğu için çözülme bir yere kadar gidebilir. Yine de kimi zaman mevcuttur ve histerik hemianopi, motor hemipleji ile kıyaslanabilecek derin bir rahatsızlıktır.

III

Artık aynı yöntemi çok sayıdaki diğer görme rahatsızlıklarının yorumlanmasında da uygulayabilirsiniz. Yalnızca, *diskromatopsiye*, yani renkleri görme kabiliyetinin yitimine dikkatinizi çekeceğim. Histerikler, iyi bir görme keskinliğine sahip olsalar da renkleri, ya da en azından bazı renkleri algılamamaya başlamaları sıklıkla görülür. Mor, mavi ve yeşilin ilk yok olan renkler olduğu anlaşılmaktadır.

En kalıcı renk kırmızı gibi görünür. Bu durum önceleri histe-

---

[1] Wilfred Harris, "Hemianopsia with Special Reference to its Transient Variations," *The Brain*, 1897, s. 308.

[2] "Un Cas d'Hemianopsie Hystérique Transitoire," *La Presse Médicale*, 25 Ekim 1899, s. 241.

riklerin kırmızıya düşkünlüklerinin sebebi olarak görülmekteydi. Göz alıcı renkler giyinmeye, saçlarına kırmızı kurdeleler takmaya düşkünlerdir. Bunun nedeninin bu renklerin görmeye devam etikleri son renkler olduğu söylenmekteydi. Bu biraz abartılıdır ve fark edilmek için duydukları oldukça ilginç ihtiyaç gibi ruhsal nedenlerin bu fenomende daha ciddi bir rol oynaması daha muhtemeldir.

Ayrıca bu renklerin yitiminin abartılı bir kesinlikle incelenmiş olduğu kanaatindeyim; renklerin görüş alanı çizilmiş ve histeride görüş alanının düzenli bir biçimde değiştiğini, örneğin, bu hastalıkta mavi görme alanının kırmızıdan daha küçük hale geldiğini kanıtlamak için çaba sarf edilmiştir. Bu böyle olabilir, ancak bu çalışmada dikkatli olmanızı tavsiye ediyorum. Her şeyden önce, görüş alanının periferisinde renk algısı normal bir insanda bile her türlü koşula ve özellikle de ışıklandırmaya bağlı olarak çok fazla değişir. Ayrıca histeriklerde çağrışımların etkisi renklerin algılanmasında çok büyük bir rol oynar. Genç bir kadın babasının tabutunun üzerinde kırmızı çiçekler görmüştür. Bu onu kızdırmıştır çünkü bu çiçeklerin politik bir anlamı vardır; bu kadın artık kırmızıdan nefret eder ve bu nedenle oldukça iyi bir kırmızı algısına ve kırmızı için beyazdan daha kapsamlı bir görüş alanına sahiptir. Bilhassa acı verici görme, bazı renklerden duyulan korku, *fotofobi* gibi rahatsızlıklarda görüşün küçük ayrıntılarındaki çözülmede, algıların ve düşüncelerin oynadığı role özel olarak dikkat etmek gerekir.

Bu dersi bitirmeden önce sizlere en azından türlerinden söz etmem gereken bazı diğer rahatsızlıklara değinmek istiyorum. Bu rahatsızlıklar görmenin kendisindeki kadar fazla komplikasyon ile karşılaşacağınız *göz hareketleri bozukluklarıdır.* Gözkapakları hareketlerinden söz etmeyelim; karşımıza zaten incelemiş olduğumuz felç, tik ve kontraktür fenomenleri yeniden çıkacaktır.

Onun yerine gelin Lebreton, Ballet, Bristow ve özellikle 1891'de Koenig'in işaret etmiş olduğu gibi *oftalmopleji* üzerinde biraz duralım; zira yine bu da yorumlama bakımından enteresan bir fenomendir. Bazı hastalar gözlerini oynatamaz hale gelmiş gibi görünürler; tuhaf görünen tamamen sabitlenmiş bir bakışları vardır. Bakışın bu şekilde sabitlenmesi, genellikle belirli nesnelerin otomatik sabitlenmesiyle veya bazı halüsinasyonlarla ilişkilidir. Bu en sık görülen durumdur; hastanın dikkatini saplantılı düşüncesinden başka yöne çevirebildiğinizde her yöne bakmaya

başlar. Ancak henüz pek ender tanımlanan bazı vakalarda bu böyle değildir. Hasta bir yere sabit şekilde bakmaz; farklı nesnelere bakabilir fakat yalnızca kafasını çevirerek; gözleri hareket etmez. Morax ve Parinaud'nun da aralarında olduğu eski yazarlar bu hareketsizliğin tamamen istenç ile bağlantılı olduğunu göstermişlerdir. Hasta eğer yan taraflara bakmak isterse, bakması söylenirse yahut bunu düşünürse başaramaz; fakat bunu mutlak bir hareketsizlik olarak düşünmeyin; hastayı uyarmaksızın bir nesneyi yakınında gürültülü bir şekilde yere düşürmek yeterlidir; gözleri derhal ve hızla o yöne dönecektir. Başka bir deyişle, burada da her zamanki gibi istemli hareket yitirilirken, bilinçaltı ve otomatik hareketin muhafaza edildiğini görürüz.

Göz kasları hareketlerindeki bu bozukluklar daha az basit olabilir ve düzensiz kontraktürlerden, spazmlardan oluşabilir. O halde, elbette, gözler bir yana yahut diğerine sapacak ve tanısı çok mühim olan tüm *şaşılık* biçimleri ile karşılaşacaksınız. Dahası, göz hareketinin bozulması iç kasları ve özellikle kristal lensin kaslarını etkileyebilir. Burada yine çözülme yaşayan bir fonksiyon ile karşı karşıyayız: akomodasyon (uyum) fonksiyonu. Gözlerini otuz santimetreden ufka kadar çeşitli uzaklıklara uydurma yetisi yerine, bu hastalar yalnızca oldukça sınırlı bir uyum yetisine sahiplerdir. Gözleri, verilen ve değişmeyen bir mesafeye ayarlanmış kristalden bir optik alet haline gelmiştir. Uyum sağladıkları uzaklığı tam olarak bulduğunuzda, söz gelimi elli santimetre yahut bir metre, bu uzaklığa yerleştirilen bir nesne epey net görülür, fakat daha yakına ya da daha uzağa koyulduğunda görülmez. Bu *uyum spazmı, monoküler diplopi, poliopi, makropsi, mikropsi* vs. gibi üzerinde duramayacağımız için epey üzüldüğüm çok sayıda histerik rahatsızlıkla da ilişkilidir. Nesneler, üstelik tek bir gözle, çift ya da üç tane görülür ki bu optik açıdan mantığa aykırıdır. Kimi zaman da fazla büyük yahut fazla küçük veya bin farklı şekilde biçim bozulmasıyla görünürler. Buna ilişkin bazı oldukça tuhaf fenomenler anlatmıştım[3]: Örneğin, yalnızca bir yarısı hastaya fazla büyük ya da küçük görünen, diğer yarısı gayet normal görünen nesneler –bir tür hemimakropsi.

Sizlere, bu tuhaf fenomenlerin yorumlanmasına ilişkin iki tez değilse de iki eğilimden de kısaca söz edeyim. Parinaud ve ekolü, kristal lens kontraktürlerindeki rahatsızlıkların fiziksel açık-

---

[3] "Névroses et Idées fixes," I, s. 276.

lamasını araştırmışlar; diğerleri ise psikolojik fenomenlere daha önemli bir pay biçmişlerdir. Burada kendi kişisel araştırmalarınız için iyi bir alan ile karşı karşıyasınız. Görsel algılardaki histerik rahatsızlıklarla ilgili çalışmaların nasıl bir zenginlik barındırabileceklerini görüyorsunuz.

Yalnızca şu iki genel görüşü aklımızda tutalım: Birincisi, rahatsızlık hiçbir zaman çok derin değildir ve her zaman tamamen dikkatli ve istemli algılarla ilintilidir. Temel duyumları, refleksleri ve anatomik harekeleri daima es geçer. İkincisi, rahatsızlık, görmede bütünleşen farklı işlevlerin enteresan bir ayrışmasından oluşur gibi görünür, -bu işlevlerin hepsi aynı anda yahut her biri sırayla kişisel bilinçten ayrılarak kendi kendilerine ilerlemeye devam ederler.

X
Konuşma Sorunları

Konuşma bozukluklarının psikolojik yönden incelenmesinin önemi – Bazı histerik mutizm vakalarının tanımı – Duygular ve sağ taraftaki şokların oynadığı rol – Histerik dilsizliğin özellikleri – Konuşmada unutkanlık – Felç fenomenlerinin bulunmayışı - Histerik mutizmler ile organik afazi arasındaki iddia edilen farklılıklar – Histerik dilsizliğin çeşitli biçimleri – Afoni – Kekemelik – Afemi – Agrafi – Bir histerik kelime sağırlığı vakası – Histerik mutizm sırasında yahut dilsizlik dönemlerini izleyen otomatik konuşma – Konuşma tikleri ya da ajitasyonları – Konuşma işlevinin serbest kalması

Artık hareket ve algı bozukluklarını bildiğimize göre esasında önceki semptomların karışımından başka bir şey olmayan kompleks bir fenomeni, yani konuşma bozuklukları fenomenini incelemeye koyulabiliriz. Konuşma işlevi her tür düşünsel sakatlıkta önemli bir rol oynar; tüm akli rahatsızlıklarda daima az çok değişime uğrar. Ancak çoğu zihinsel bozukluk bir nebze daha yüksek bir seviye ile, yani fikirlerin oluşumuyla ilintilidir. Bunun aksine, özünde hareketin istemli işlevleri ve bilinçli algılar ile ilintili olan histeri, tam olarak konuşmanın tekabül ettiği zihinsel seviyeye ulaşır ve düşüncelerin ifade edilmesinde sık görülen bozukluklar meydana getirir. Bu bozukluklar uzun zamandır bilinmektedir, ancak hekimler genellikle onları belirli bir nitelikte görmeye meyillidirler. Histerik fenomenlerin diğerleri gibi olamayacağını düşünmüşlerdir ve bana öyle geliyor ki histeriklerdeki konuşma bozukluklarını genel konuşma patolojisinden haddinden fazla ayırmışlardır. Ben, hangisi olursa olsun tüm konuşma bozukluklarının bu hastalarda görülebileceğini ve afazi patolojisinin organik hastalarda olduğu kadar, hatta daha da iyi bir şekilde bu hastalarda incelenebileceğini size göstermeyi arzu ediyorum. Bugün, afazi sorunlarının Paris'ten Dr. Pierre Marie'nin makalelerinde[1] düşünce bozuklukları ile yan yana getiril-

[1] Pierre Marie, "La Révision de la Question de l'Aphasie," *Semaine Médicale*, 1906.

diği bir zamanda, tüm bilinçteki değişimlerin daha belirgin olduğu histerik konuşma sorunlarını incelemek ilgi çekicidir.

I

Hızlı ilerleyişi ve şaşırtıcı tedavisine izah getirilemeyen bazı konuşma bozuklukları antik çağda fark edilmişti. Aşağıdaki Hippokrates'e ait gözlemin histerik bir rahatsızlıktan söz ettiği anlaşılmaktadır: "Polemakhus'un bir eklem rahatsızlığı olan karısı, adeti gelmediğinden, kalçasında ani bir ağrı hissetti; biraz pancar suyu içmesinin ardından, ertesi öğlene kadar dilsiz kaldı. Duyabiliyor ve anlayabiliyordu; ağrının kalçasında olduğunu el işaretleriyle gösterdi." Bu tarif her şeyi barındırıyor gibi görünmektedir: reglin kesilmesini, muhtemelen hareket bozuklukları olan eklem rahatsızlıklarını, konuşma algısının muhafazasını ve dilsizliği. Kroesus'un oğlu olan dilsiz genç adamın birdenbire dili açılarak "Asker, Kroesus'u öldürme!" diye haykırma hikâyesini hatırlatmayı gereksiz buluyorum.

Şimdi modern zamanlara geçebilir ve cinli yahut esrik insanlardaki tüm dilsizlik hikâyelerini hatırlayabiliriz. Carré de Montgeron'un "Diyakoz Paris'in Mucizeleri" üzerine çalışmasından daha önce söz etmiştim –bu çalışmada Marguerite Françoise Duchesne'in vakasını okuyabilirsiniz. Yedi ya da sekiz gün süren bir letarji nöbetinin ardından, sesin neredeyse tamamen yitirilmesi baş gösterir. Her şeyden, hatta yakınma kudretinden bile yoksun kalır. Bir ay sonra, duyma ve görme yetisini geri kazanır, fakat bir daha hiç geri kazanamayacağı sesi için bu söz konusu değildir. 19. yüzyılda böyle vakalar çok fazladır. İngiliz cerrah Watson, on iki yıl boyunca sessiz ve dilsiz kalan genç bir kadının konuşma yetisini elektrik tedavisiyle geri kazandırması ile övünmüştür. Briquet, Kussmaul, Revillod, Charcot ve Cartaz da şimdi bütünlüklü bir biçimde gayet iyi bilinen bu fenomenler üzerine şiddetle durmuşlardır.

Bu rahatsızlık hâlihazırda birçok nevroz rahatsızlığı geçirmiş tescilli histeriklerde bir somnambulizmin yahut bir nöbetin ardından görülebilir, fakat o ana kadar az çok normal görünen kişilerde de ortaya çıkabilir. Neredeyse daima büyük ve bir hayli ani bir duygunun beraberinde meydana gelir. Örneğin, Charcot'nun incelediği klasik vakada da bu böyledir. Kırk yaşlarında, küçük bir kasabada yaşayan bir adam bir miktar para biriktirmiştir; ka-

rısı bu parayı gelip Paris'te harcaması için onu ikna eder. Adam karısıyla birlikte büyükşehirde bir otele yerleşir. Bir gün, kısa bir çıkışın ardından adam otele geri döner ve karısının, küçük birikimini de yanına alarak ortadan kaybolduğunu görür. Zavallı adam o kadar üzülür ki konuşma yetisini kaybeder ve on sekiz ay boyunca dilsiz kalır. Artık görünürde iyileşmiş olsa da aynı rahatsızlığa hâlâ meyillidir; en ufak bir yorgunluk hissiyatında yeniden on beş gün ya da iki ay boyunca konuşamaz olur. Burada histerinin bu özelliğine dikkat ediniz: Bir rahatsızlık belirli ve ciddi bir şekilde bir kere meydana geldiğinde, her fırsatta tekrar ortaya çıkar.

Aynı şey not ettiğim şu gözlem için de geçerlidir: Kırk altı yaşında bir adam yirmi yaşından beri hastadır. O dönemde bir gün bahçedeki camdan verandanın yakınındayken üst katlardan birinden atılan ağır bir obje verandanın üzerine düşer ve camın bir kısmını top patlaması gibi bir sesle kırar. Adam epey korkar ve iki ay boyunca dilsiz kalır. Bu olayın üzerinden yirmi altı yıl geçmiş olsa da hiçbir zaman atlatamaz; etrafında birdenbire duyduğu en ufak bir ses, biraz fazla yüksek sesle söylenmiş bir söz adamı yeniden otuz ya da elli gün boyunca dilsiz hale getirmek için yeterlidir. Başka gözlemlerde, genç kadınlarda dilsizlik bir yangın sebebiyle, bir nişanın bozulmasıyla ya da ebeveynler ile bir tartışma vesilesiyle ortaya çıkar. Vakalardan birinde, sebep bir adamın hortlak kılığında aniden görünmesidir; olay on sekiz yaşındayken yaşanmıştır ve kadın kırk bir yaşında hâlâ iyileşmiş değildir.

Kimi zaman, duygu, özellikle konuşma ve solunum organları ile ilintilidir; bir boğaz ağrısının yahut göğüs hastalığının ardından ortaya çıkar. Bazı vakalarda rahatsızlıkların vücudun sağ tarafını etkilediği unutulmamalıdır. On sekiz yaşında bir genç adam at üstünden sağ dizinin üzerine düşer; bunun neticesinde hakikaten histerik bir sağ hemipleji ve dilsizlik meydana gelir. Bir handa çalışan genç bir kadın kırık bir şişe ile sağ elini yaralar. Önce sağ yanı felç olur, ardından bu felç gırtlağına kadar uzanır, zira konuşma yetisini de kaybeder. Bu son vakalar, sağ taraftaki felçlerin afazi ile ilişkisi açısından önemlidir. Size hatırlatacağım bir başka ilginç vaka ise otomatik yazıyı haddinden fazla kullandıktan sonra histerik dilsizlikten muzdarip olan bir spritüel medyum kadının hikâyesidir. Bu da yine yorumlama açısından ilginçtir.

Her nasılsa, bu dilsizlik ortaya çıktığında neredeyse her zaman Charcot'nun pek ünlü ve canlı betimlemesindeki gibi gerçekleşir. Bazı istisnai durumlar hariç hasta sağlıklı görünür ve felçli değildir. Beyin kanaması sonucu ortaya çıkan organik bir hemiplejiye yakalananlardaki zayıf ve hastalıklı görünüme sahip değildir. Aynı hastalardaki dalgın bakışlar gibi gözle görünen bir zihinsel zayıflık da sergilemez; tam aksine zeki ve canlı görünür. İfadeli bir yüzü vardır; söylediklerinizi anlar fakat cevap vermesi gerektiğinde tuhaf bir tavır takınır. Karakteristik olan şey ise cevap vermeye çalışmamasıdır; afazik bir insanın ya da çok iyi bilmediği bir dilde kendini ifade etmeye çalışan bir yabancının sarf edeceği konuşma çabalarını sarf etmez. Kelimelerle cevaplamanın mümkün olduğunu düşünüyor gibi görünmez; ağzını açmaz; ses çıkarmaz; işaretlerle yahut bir kalem alıp yazarak cevaplar. Kısacası, kusurlu bir konuşma yoktur, çünkü konuşma da yoktur, konuşmaya dair bir düşünce, anımsama yahut arzu da yoktur. Hasta, insanların ağızlarını nasıl kullandıklarını unutmuş gibidir. Bu özelliğin üzerinde durmamın sebebi, tüm yazarların, bana sorarsanız bir hayli abartarak, bunu organik afazi ve histerik dilsizlik arasındaki ayrımın bir işareti saymalarıdır.

Genellikle aylar süren bu sessizliğin sebebini anlamaya çalıştığınızda çeşitli periferik organları incelersiniz ve sonra hastalığın ikinci özelliğini, yani, felç fenomeninin katiyen söz konusu olmadığını fark edersiniz. Dudaklar, yanaklar, dil ve yumuşak damak, en doğru şekilde ve kolaylıkla hareket eder. Her şeyi anlayan hasta ona söylenen her şeyi yapar, dudaklarını hareket ettirir, dişlerini sıkar, gülümser, dudaklarını bir yöne yahut ötekine doğru çeker, diliyle her hareketi zorlanmadan yapar. Kuşkusuz, bazı durumlarda Charcot'nun bu fazla teorik tanımlamasına biraz çekinceli yaklaşmak gerekir diye düşünüyorum; sık sık bu hastalarda şu veya bu organın bazı küçük bölgesel bozukluklarına, söz gelimi dilin bazı kaslarında hafif kontraktürlere rastlayacaksınız. Bunları dikkatlice araştırmalısınız zira konuşmayı geri getirmeye çalışmadan önce bunları ortadan kaldırmak önemlidir. Ayrıca dudak hareketlerinin Charcot'nun dediği gibi mükemmel olmadığını da fark edeceksiniz; tam anlamıyla bir felç durumu söz konusu değildir, lakin genellikle biçimsizlik, sarsaklık ve çirkinlik vardır. Evet, çirkinlik; zihinleri gerileyen bu hastalar, benim görüşüme göre, bazı işlevlerin kusursuzluğunu ve zarafetini yitirirler ve bazı incelik gerektiren hareketlerinin kabalığından

hastaların hayvani doğalarına dönüşlerini pekâlâ fark edebilirsiniz. Bununla birlikte, bu motor bozukluklarının oldukça ufak olduklarını ve gözlemlenecek muazzam konuşma felçlerini açıklamakta epey yetersiz kaldıklarını tereddütsüz kabul ediyorum.

Bir adım ileri gittiğimizde, ses tellerinin vaziyetini incelemeye çalışırız. Charcot'nun zamanında başlayan bu çalışma Cartaz'ın tezinde özetlenmiştir. Cartaz, esasında ses tellerinde büyük bir bozukluk olmadığını söyler. Bazı yazarlar addüksiyonda belirli bir derecede parezi olduğunu kanıtlamaya çalıştılar fakat korkarım ki kendilerini kandırdılar. Ses tellerini yakınlaştırmanın bildiğimiz tek yolu hastadan konuşmasını yahut ses çıkarmasını istemektir. Eh, hasta konuşamadığına ve bağıramadığına göre bu hareketi bizim için yapamaz. İstenmesi durumunda, ses tellerinin bunu başaramayacağını kanıtlayacak hiçbir delil elimizde yoktur. Bu nedenle histerik sendromu açıklamak için bir kez daha ruhsal fenomenlere başvurmak durumundayız ve tüm yazarlar da bu rahatsızlığın salt zihinsel olduğunu kabul etmek mecburiyetindeler.

II

Kanaatimce bu çalışmayı en başından muğlaklaştıran ve birçok zorluğa yol açan şeylerden bir tanesi, beyin kanaması ve yumuşamasını takiben gözlenen sağ taraflı felçlere eşlik eden ve beyindeki lokalizasyonları Broca imitasyonunda hevesle incelenen afaziler ve bu histerik dilsizlikler arasında hekimlerin derhal bir ayrım yapmak istemeleridir. Konuşmanın psiko-fizyolojik işlevindeki esas bozukluklarının üçüncü ön konvolüsyonun yıkımı ile meydana gelen afaziler olduğu söylenmişti; bu afaziler histerik dilsizlik ile aynı semptomları göstermez.

Afazilerde, hasta konuşma yetisini kaybettiğini hisseder ve kendini ifade etmek için çaresizce çaba sarf eder. Bu çabalar bir nebze başarıya ulaşır, zira ses çıkarma yetisini tamamen yitirmiş değildir; bağırabilir, ses borusu ile çeşitli sesler çıkarabilir; hatta sıklıkla az çok anlamlı birkaç kelime bile söyleyebilir: kimi zaman tuhaf bir şekilde değişen vurguyla rastgele tekrarladığı "baba, gel, gel... makasi, makasa..." gibi.

Öte yandan rahatsızlık yayılmaya devam eder; hiç konuşamayan bir hasta konuşmanın diğer tüm işlevlerini nadiren muhafaza eder. Hemen hemen her zaman ciddi yazma bozuklukları

da ortaya çıkar; hasta okuyamaz olur ya da güçlükle, hecelediği şeyin ne anlama geldiğini anlamaksızın okur; dahası, önünde konuşulan şeyleri tam olarak anlayamaz. Afazi içinde neredeyse her zaman çekirdek halinde mevcut olan bu çeşitli bozukluklar ayrı ayrı gelişebilir. Konuşma bozukluklarının bu bağlamda şu veya bu semptomun baskınlığına göre sınıflandırılışını bilirsiniz: Motor afaziler, agrafiler, kelime körlüğü ile birlikte görülen duyusal afazi ve kelime sağırlığı tanımlanan bozukluklardan bazılarıdır. Aynı anda hem daha geniş çaplı hem de daha sınırlı olan histerik dilsizlikte böyle bir şeyin görülmediği söylenmiştir. Daha geniş çaplıdır çünkü bu vakada motor konuşma daha belirgin bir biçimde ortadan kalkmıştır ve hasta, afazi hastalarının gösterdiği konuşma çabasını dahi göstermez. Daha sınırlıdır çünkü hastalık yalnızca sözcüklerin ifadesi ile sınırlanmış ve yazma, okuma, kulak ile algılanan kelimeleri algılama gibi yakın fenomenleri etkilemezmiş gibi görünmektedir. Dolayısıyla bu iki rahatsızlık birbirinden farklıdır ve afazi, konuşmanın işlevi ve merkezindeki bozulma olarak görüldüğüne göre histerik dilsizlik muhakkak başka bir şeydir.

Epey yanlış bulduğum bu açıklamaları öncelikle klinik açıdan yanıtlamak icap eder. Sizlere Charcot'nun tanımladığı gibi tanımladığım histerik dilsizlik bir "tiptir", -bu kelimeyi, yazar tarafından ona verilen anlamıyla kullanıyorum. Bu, pek çok açıdan dikkat çeken, özel ve çarpıcı bir vakadır, ancak biraz keyfi bir şekilde seçilmiştir. Histerinin neden olduğu tüm bu konuşma bozukluklarının her zaman bu teorik modele uygun olduğunu düşünmemelisiniz.

Öncelikle dilin işlevinin daha önce görme işlevindeki gibi analiz edildiği birçok zayıflatılmış, kusurlu ya da biraz eksik biçimlere yer vermek zorundayız. En sık rastlanan biçimlerden bir tanesi elimizdeki ses gücünün iki derecesini ayırt eder. Bir, topluluk içinde işitilmemizi sağlayan yoğun tınılara sahip yüksek sesimiz, bir de dudak ve dil hareketlerinin eksiksiz olduğu fakat içinde çok az hava emisyonu barındıran fısıldama sesimiz vardır. Çoğu kez histeride ikinci ses muhafaza edilirken ilk ses yitirilir; buna *afoni* adı verilir. Bazı vakalarda çözülme daha da incedir; kimi hastalar yüksek sesle şarkı söyleyebilir fakat fısıltı dışında konuşamazlar. Bu ayrımlar sizlere astazi-abaziyi hatırlatacaktır. Kimi başka vakalarda da yalnızca daha hafif konuşma bozuklukları görülür: Hasta konuşabilir fakat *kekeler*, tekler ya da normal

sesinden biraz farklı, özel bir sesle konuşur. Bu çeşitler üzerinde durmuyorum çünkü afazi tablosuna yaklaşan türler üzerinde çalışmamız daha büyük önem taşımaktadır.

Kanaatimce, birçok histeri hastası apoplektik iktusu izleyen konuşma bozukluklarının aynılarına sahiptir. "Névroses et Idées fixes" isimli çalışmamın ikinci cildinde yer verdiğim bir gözlemimden alıntı yapacağım (sayfa 452). Yirmi yaşındaki bir genç kadın çeşitli duyguların sonucu olarak saatler yahut günlerce tipik histerik dilsizliğe pek benzemeyen oldukça ilginç bir konuşma bozukluğu sergiler. Her şeyden önce, sessiz değildir ve ses borusuyla ses çıkarabilir, hatta kendiliğinden ya da ona söylendiğinde çığlıklar atabilir. Tamamen dilsiz de değildir zira önceki hastaların aksine konuşmak için çabalar. Dil ve dudak hareketleriyle net sesler çıkarır; ancak bu seslerin anlamı yoktur ve hemen hemen her zaman birkaç anlaşılmaz hecenin tekrar edilmesinden ibarettirler. Ona "Bayan X., bugün çok daha iyi yürüyorsunuz" dediğimde gülümseyerek şöyle karşılık verir: "pötibödi pötibödi çaça pötibödi." Ya da "Bugün size ne oldu?" sorusunu hızlıca "pötibödi, çapöti, pötibödi" şeklinde yanıtlar. Ondan hiçbir şey alamayız; birkaç saat boyunca bu "jargon" ile konuşmayı sürdürecektir. Burada, kelimelerin telaffuzu için gereken hareketlerin tamamen unutuluşu ile karşı karşıya olduğumuza dikkat edin. Hasta, anlaşılmamaktan sabırsızlanmıştır ve "pötibödi" kelimesine farklı tonlamalar vererek cevap vermeye çabalar. Sıklıkla, tonlamaların da yüz ifadeleri kadar doğru olduğunu fark ederiz fakat kelimeler hiç değişmez.

Peki konuşmanın başka işlevleri de bozulmuş mudur? En azından kelimelerin işitilmesinde bir bozukluk yoktur; hasta, kendisine söylenen şeyleri gayet doğru anlar. Gayet iyi okur; yani ona yazı ile söylediğiniz her şeyi yapar, fakat sesli okuyamaz. Yazmaya gelince, tam olarak yitirilmiş değildir, fakat söz etmeye değer bir fenomen gözümüze çarpar. Hastanın yazısı değişmiştir, bir hayli kötü bir hale gelmiştir; normal yazısı ile bu vaziyetteki yazısını karşılaştırmak epey tuhaftır. Tamamen yitirilmediyse de yazma yetisinin belirgin şekilde azaldığını görürsünüz. Bu semptomları, "motor afazi" ya da "bir derece agrafi ile birlikte seyreden afemi" gibi alışılmış sözlerle değilse nasıl adlandırabiliriz?

Bu semptomların histerik olduğunu kanıtlamaya gerek yok; böyle bir hasta için bu kanıtlama lüzumsuz olur. Ayrıca, bu fenomenler birkaç saat içinde kaybolacaktır; eğer istersek bunları

derhal ortadan kaldırabiliriz. Kolayca başlatılan bir hipnotik uyku sırasında hasta bir çırpıda normal bir konuşma biçimi elde edecektir. Dahası, birazdan göreceğimiz üzere, hasta rahatsızlık dönemi sırasında bile, hezeyan halinde ağzından oldukça normal, otomatik kelimeler çıkarır. O halde bu tamamen histerik bir fenomendir, fakat gördüğünüz gibi, yine de organik bir afaziden hiçbir noktada ayrılmaz. Bu tür örnekler rahatlıkla arttırılabilir.

Bu vakalara ek olarak dilediğiniz kadar agrafi fenomeni gözlemleyebilirsiniz. Yazma kaybının sistematik felçlerin olası biçimlerinden biri olduğunu sizlere daha önce belirtmiştim. Charcot, Salı Derslerinde[2] bu tür vakalara dikkat çekmişti; Lepine, Ballet, Sollier de böyle vakalar yayınladı ve ben de birkaç tane gözlemledim. Hastanın yazısının yeniden çocuk yazısı gibi olduğu ve eski yazı defterlerindekilere benzediği bazı ilginç vakalar bile gözlemleyebilirsiniz.

Daha ileri gidebilir miyiz? Histeride *kelime körlüğü* ve *kelime sağırlığı* da mevcut mudur? Şahsen ben buna kaniyim ve diğer tüm çözülmeler gerçekleşirken bunun gerçekleşmemesi için bir sebep görmemekteyim. Ancak bu tür vakaların pek nadiren yayınlanmış olduğu da kabul edilmelidir. Bu nedenle *Névroses et Idées fixes*[3] isimli kitabımın ikinci cildinde aktardığım, Rachel adında bir genç kıza ilişkin mühim bulduğum bir gözlemi incelemenizi tavsiye ediyorum. Gözlem ve tartışma burada yinelemek için fazla uzun olduğundan yalnızca ana noktalarına değineceğim. On dokuz yaşında bir kızın tuhaf bir tavrı vardır. Onunla konuştuğumuz an utanmış görünür; cevap vermez, sandalyesinde kıpırdanır; inler ve sonunda şöyle der: "Anlamıyorum, anlayamıyorum." İlk bakışta sağırmış gibi görünür; üstelik çevresindeki baskın görüş de bu yöndedir. Ancak bu görüş doğru değildir. Arkasında bir ses çıkardığınızda, hemen hemen her zaman arkasına döner. İlginçtir ki bir kol saatini kulağına yaklaştırdığınızda duyduğunu iddia eder; böylelikle saatin sesini sağ tarafta altmış, solda da kırk santimden duyduğunu fark edebilirsiniz. Bu kızın işitme yetisi M. Gellé tarafından farklı zamanlarda iki kez epey dikkatli bir biçimde muayene edilir. Vardığı sonuçlar her zaman aynı ve oldukça kesindir; bu hasta hiçbir şekilde sağır değildir; söyleyebileceğimiz tek şey, özellikle sol tarafta,

---

[2] T. M. Charcot, "Leçons du Mardi," s. 367.

[3] Névroses et Idées fixes", 1898, II, s. 456, Gözlem 134.

işitme keskinliğinde hafif bir azalma olduğudur. Fakat dış işitme aparatlarında fark edilir bir lezyon yoktur.

Öyleyse bu hasta bize neden cevap vermez? Çünkü, kendisinin de söylediği gibi bizi anlayamaz. Sözlerimizi duyuyor olsa da onun için bu kelimelerin anlamı yoktur. Melodiler için de aynısı geçerlidir. Onları da gayet iyi duyar; fakat tanımaz, anlamaz. Kısacası bu, kelime sağırlığı adıyla oldukça iyi bilinen bir sendromdur. Bu vakada, kelime sağırlığı eksiksizdir. Hasta, aynı zamanda, kelime işitmeye bağlı görünen işlevleri de tamamen yitirmiştir. Dikte edilen şeyleri yazma ve ona söylenen şeyleri anlamadan da olsa tekrar etme yeteneğinden yoksundur. Bunların yalnızca gürültü olduklarını söyler ve tekrar etmeyi nasıl başarabileceğini bilmez. Sesler ve hareketler arasındaki bu bağlantının ortadan kalkması kelime sağırlığında genellikle fark edilen bir şeydir. Kelime sağırlığı eksiksizse de, oldukça izoledir; yani kelimelerin işitilmesi dışındaki tüm konuşma işlevleri sağlam kalmış görünür.

Peki bu klinik olarak tartışmasız kelime sağırlığının tanısı ve kökenleri nelerdir? Asıl tuhaf olan da budur. Birkaç yıl önce bu hâlihazırda pek kaygılı ve hassas genç kız bir rahibe okulunda eğitim görmektedir. On iki yaşında karahummaya yakalanır ve hâlâ zeki ve konuşma yahut işitme güçlüklerinden muaf olsa da zayıf ve gergin bir hale gelir. Kısa bir süre sonra, ne yazık ki yalnızca manastırdaki rahibeler tarafından gözlemlendiği için hakkında yeterli bilgimizin olmadığı tuhaf semptomlar göstermeye başlar. Çocuk günün ortasında, özellikle öğleden sonra bir ila dört arasında uykuya dalma alışkanlığı edinir. Bu uykular kimi zaman oldukça eksiksiz ve derindir; kollarına batan iğneleri bile hissetmeyen bu uykucuyu hiçbir şey uyandıramaz. Diğer günlerde ise uykusu daha az derin görünür, zira çocuk gözlerini açık tutar ve dikişine devam eder. Fakat cevap vermez, rahatsız edilemez ve uyandığında hiçbir şey yapmadığını söyler ve işinin devam etmiş olduğunu görmek onu çok şaşırtır. Bu şekilde yaklaşık iki yıl süren bu uykular hakkında tüm bildiğimiz bu kadardır. Bir gün rahibeler bu ardı arkası kesilmeyen uykulara öfkelenir ve çocuğu cezalandırırlar, fakat bu hiçbir işe yaramaz. Papaz çağırılır ve çocuğa güzel bir vaiz ile eğer bir daha uyursa önce karanlık bir odaya kapatılacağı sonra da cehenneme gideceği anlatılır. Küçük kız korkar ve bir daha uyumayacağına yemin eder. Her zamanki uyku saati geldiğinde ümitsiz çabalarla da olsa uyanık kalmayı başarır. Tam olarak ne olduğunu bilmemiz

mümkün değildir. Rachel'in dediğine göre konvülsiyon yaşamaz, dikiş dikmeye devam eder fakat zihninin karıştığını ve kafasının adeta tıkandığını hisseder. Üstelik bu konuya ilişkin hatıraları oldukça muğlâktır.

Öyle ya da böyle, birkaç saatlik bir sıkıntının ardından, artık hiç uykusunun olmadığını fark eder. Onunla konuşulduğunda cevap vermez ve yüzü sersem bir ifade takınır; onu canlandırmak için her şey denenir, fakat çok geçmeden hiçbir şey anlamadığı ve pek kötü yanıt verdiği fark edilir. Bozukluk başlangıçta tam olarak neleri kapsamaktaydı? Bilgimiz yeterli değildir; felç olmadığı kesin görünmektedir, fakat konuşmanın da işitme kadar bozulma yaşadığı anlaşılmaktadır. Her nasılsa, konuşma bozukluğu devam etmemiştir. Birkaç haftanın ardından doğru bir biçimde, şimdiki gibi, konuşur; yalnızca biraz tuhaf bir aksanı vardır. Fakat kelimeleri işitmede hiçbir gelişme olmamıştır. Başlangıçta olduğu gibi anlama yeteneğinden yoksun kalır.

Kuşkusuz bunların hiçbiri çok kesin değildir ve daha sonra histerik kelime körlüğü ve kelime sağırlığına ilişkin daha açık gözlemler bulmak isteyebiliriz. Ancak, bu uykular, somnambulizmler, devam eden nöropatik bozukluklar, beyin ya da kulak lezyonunun hiçbir belirtisinin bulunmayışı bu hastalığın büyük nevroza yaklaştığını kanıtlar gibidir.

Kolaylıkla çoğaltılabilecek bu gözlemlerin sizlere klasik ve tipik histerik dilsizliğin yanı sıra bu hastalığın birçok başka biçimi de bulunduğunu ve bu biçimlerden bazılarının afazi adı altında düşünülen ile epey benzer olduklarını gayet açıkça gösterdiğini düşünmekteyim. Dolayısıyla bu iki semptom grubu arasında bir karşıtlık yoktur; Charcot'nun histerik dilsizliği, konuşma bozukluklarının daha keskin bir şekilde ayırt edilmiş, daha izole bir biçiminden başka bir şey değildir. Hasta, konuşma yetisini yitirir ve yalnızca bunu yitirir. Bu yetiyi o kadar bütünüyle yitirir ki onu unutur ve eksikliğini hissetmez; böylece artık sarf edilecek çabaların düşüncesine bile sahip değildir. Bunu histerik felçleri ve anestezileri incelerken görmüştük. Bu nedenle, konuşma işlevinin tüm bu organik ve nöropatik rahatsızlıklarda aynı şekilde bozulması kuvvetle muhtemeldir.

III

Bu konuşma işlevindeki bozulmayı anlamak için hâlihazırda

bildiğiniz bazı açıklamaları hızlıca tekrarlamamız icap eder. Sorulan tüm sorulara yalnızca "çaça pötibödi" sözleriyle cevap veren histeri hastasına ilişkin gözlemi yeniden ele alalım. Hasta, sıklıkla, bu afazi durumunun ortasında onu meşgul eden saplantılı fikirlerini ya da sorularını kendi sorup kendi yanıtladığı konuşmaları yüksek sesle dile getirdiği bir tür hezeyan geçirir yahut düş görür. Tüm bu hafif hezeyanlarda hasta, Fransızca ya da İngilizce, gayet doğru konuşur ve afaziden hiçbir iz kalmaz. Bu konuşmalar sırasında sırlarını yüksek sesle dile getirip, sonradan pişman olduğu şeyler söylemesine dikkat ediniz. Bunlar epey istemsizce söylenmiş sözlerdir. Eğer sözünü keserseniz, eğer sorduğunuz bir soruya cevap vermesi için dikkatini çekerseniz, sizi dinler, konuşmaya çalışır ve artık "pötibödi" dışında hiçbir şey söyleyemez. Yani, bilinçli ve istemli konuşmada afazi vardır ve fikirlerin normal bir şekilde ifade edilmesi yalnızca hezeyanlarda ve otomatik konuşmada tekrar ortaya çıkar.

Bu durum genellikle inanıldığından daha yaygındır. Dilsizlikten muzdarip hastalarda dilsizlik dönemi içerisinde dahi normal konuşmanın krizler, somnambulizmler, rüyalar sırasında yeniden ortaya çıktığını sıklıkla görebilirsiniz. Oppenheim bu türden bazı olaylara işaret etmiş, Gilles de la Tourette rüyaları sırasında konuşan dilsiz bir hastayı anlatmıştır.

Çoğu zaman bu otomatik ve bastırılamayan kelimeler dilsizlik dönemiyle tam olarak çakışmaz, aynı hastalarda bu dönemin öncesinde veya sonrasında kendilerini gösterirler. Sonra bu hastalarda, daha önce somnambulizmlere ilişkin olarak değindiğimiz durdurulamaz konuşma krizleri görürüz. Bu krizler kimi zaman uyku sırasında ya da anormal bir durumda gelirler, fakat sıklıkla hasta uyanıkken ortaya çıkarlar ve o zaman hasta hayretler içinde söylediği sözleri dinler. 17. yüzyılda, Kamisarların[4] tarihindeki Cévennes'in küçük peygamberlerine ve içlerinden en ünlüsü olan Elie Marion'a dair anekdotları tekrar okuyunuz. Marion, kendisinin Tanrı tarafından adeta ele geçirildiğini hisseder; sesinin üzerinde artık bir tasarrufu yoktur ve istemli bir biçimde konuşamaz; ağzından çıkmak üzere olan şeyi bilmez ve Kutsal Ruh'un içinde uyandırdığı üstün söylevleri duyduğunda epey şaşırır. Bu sözlü otomatizm, spritüel medyumun yazılı otomatizminin yanına konmalıdır. Aynı zamanda ellerinin kontrolün-

[4] 17 ve 18. yüzyıllarda Fransa'da XIV. Louis'ye başkaldırmış Fransız Protestanlar –çn.

den çıktıklarını ve artık kendi iradesine riayet etmediklerini hisseder; ellerinin yazdığı şeyler karşısında hayretler içinde kalır. Bu da aynı türden bir fenomendir.

Bu gruba aynı zamanda koprolali, ekolali[5] vb. gibi sayısız biçimi bulunan konuşma tikleri de eklenecektir. Bunlara dair iyi bir açıklamayı Seglas'ın konuşma bozukluklarına dair küçük kitabında bulabilirsiniz. Daha da ileri gidip, daha az belirgin olsalar dahi içsel kelimelerin birçok sözlü halüsinasyonunun da aynı türden bir fenomen olduğunu söylemek istiyorum. Tüm bu vakalarda katiyen tahrip edilmiş olmayan konuşma işlevi, hastanın bilinçli iradesinden kaçar gibi görünmektedir. Hasta, içerden ya da dışarıdan, kendisine rağmen ve kendi benliğinin hiçbir katkısı olmadan konuşur: kendi kendini serbest kılmış bir mekanizmadır bu.

Bundan öncekilerde olduğu gibi bu ajitasyon semptomunun ve işlevin otomatik bir şekilde işlemesinin de aynı fonksiyona ilişkin felç ile yan yana konması gerektiğine inanıyorum. Paralel ve birbirine eşlik eden fenomenlerdir bunlar. Aklıma şu anda gelen bir örneği de aktarayım: Bes. hastanede birçok farklı kriz geçirir. Yorgunluktan bitene kadar haykırdığı olağan krizlerinin ardından konuşma yetisini eksiksiz biçimde muhafaza eder. Fakat konuşmasının adeta zıvanadan çıktığı, son derece hızlı bir şekilde kısık sesle konuştuğu birtakım özel kriz de geçirir. Bu krizlerin ardından daima dilsiz uyanır; konuşmanın serbest kalışı dilsizliği meydana getirmiştir. Bunu daha önce amneziye yol açan somnambulizmde, korelerde ve felce yol açan tiklerde görmüştük.

Burada yine her şey, konuşmayı oluşturan hareketler ve imgeler sistemi, benlikten ayrılmış da otomatik ve aynı zamanda daha aşağı ve adeta alçaltılmış bir şekilde kendi kendine işliyormuş gibi görünmektedir.

---

[5] Sırasıyla; küfürlü konuşma hastalığı, söyleneni tekrar etme hastalığı –çn.

XI
Beslenme Bozuklukları

Viseral sorunlar – Histerik anoreksiya – Üç döneminin tanımlanması: gastrik dönem, ruhsal dönem, zafiyet dönemi – Sıklıkla ölümle sonuçlanma – Saplantılı fikir teorisi – Gıdanın psikastenik reddedilişinin tanısı – Mide anestezisi nedeniyle anoreksiya teorisi – Açlık hissindeki değişikliklerde anestezinin oynadığı rol – Hastanın motor ajitasyonu – Fiziksel egzersize olan düşkünlüğün çeşitli açıklamaları – Yorgunluk hissinin bastırılması ve motor uyarılma – Beslenmenin psikolojik fonksiyonu – Bu fonksiyonun histerik çözülmesi – Fonksiyonun ögelerinin çözülmesi – Dudaklar, dil, yutak, yemek borusu ve karında görülen felçler – İdrar torbası işleyişindeki sorunlar

Histeriklerin zihinsel rahatsızlıklarını, duyusal ve motor bozukluklarını gözden geçirdikten sonra, şimdi viseral rahatsızlıklarının hızlı bir incelemesine gireceğiz. Bu hastalar esasında viseral fonksiyonlarda, özellikle de sindirim ve solunum fonksiyonlarında ciddi bozukluklar gösterirler. Hekimlerin her zaman bu viseral fenomenler karşısında kafaları karışmıştır ve bugün bile bu hastalığa zihinsel bir açıklama getirenlere sıklıkla karşı çıkmaktadırlar. Bu nedenle bu rahatsızlıkların yorumlamaları üzerinde durmamız gerekir. Histerinin zihinsel bozukluklarına ilişkin çalışmayı iyice kavramak için çok önemli bir fenomeni, aynı anda hem fizyolojik hem de zihinsel bir karaktere sahip olduğu için bu yeni çalışmalar ile öncekiler arasında bir geçiş teşkil edecek olan anoreksiyayı inceleyerek başlayacağız.

I

"Histerik anoreksiya" sözcükleri, temelde gıdanın sistematik reddedilişinden, bazı sindirim bozukluklarından ve bunun sonucundaki zafiyetten oluşan hem zihinsel hem fizyolojik, çok eski ve çok karmaşık bir hastalığı tanımlar. Bu tuhaf fenomen uzun bir süre oldukça yanlış bilinmekteydi; hastaların öteki manileri ile birlikte sınıflandırılmış ve yemek yemeden bu tuhaf yaşama biçimleri genellikle Tanrı'nın yahut şeytanın işine yorulmuştu.

Hastalığın doğru tanımı yakın zamanda yapılmıştır; neredeyse aynı zamanda W. Gull tarafından 1868'de, Lasègue tarafından da 1873'te tanımlanmıştır. Yalnızca Lasègue'in makalesi başarıya ulaşmış ve bu yeni tıbbi kavramı yaymaya katkıda bulunmuştur; bunun üzerine Gull 1873'te, kendisinin aynı şeyleri 1868'te zaten belirttiğini öne sürmüştür. İngiliz hekim bu hastalığa "apepsiya histerika" demiş; Lasègue ise "histerik anoreksiya" adını vermiştir. Bu adlandırmaların ikisi de kusursuz değildir; pepsin eksikliğinin -üstelik mevcudiyeti de şüphelidir- bu durumda pek bir önemi yoktur; iştah kaybı daha mühimdir fakat onun da temel karakter olduğu kesin değildir. Bu nedenle sonradan gelen yazarlar gıdanın sistematik reddi olan ana durumu vurgulama isteğiyle yemekten tiksinme anlamına gelen "sitiyofobi", "sitiyerji", gıdanın geri püskürtülmesi, yani gıda reddi ve hatta Lasègue'in önerdiği "histerik zafiyet" sözcüklerini kullanmışlardır. Bu son kelimeler açıkça daha iyidir fakat yaman bir hoca olan kullanım geleneği bunları kabul etmemiş ve hatta farklı anlamlar yüklemiştir. Neticede, *histerik anoreksiya* terimi muhafaza edilmiştir. Birbirimizi anlıyorsak bu yeterlidir.

Bu rahatsızlık, histerinin seyri içinde birçok karakteristik fenomenin ardından ortaya çıkabilir; bunları bilmenin rahatsızlığın tanınmasında yararı olacaktır. Çoğu zaman histerinin başlangıcını oluşturur ve gerçek doğası geç fark edilir. Yetişkin ve genç erkeklerde de birçok vaka aktarılmıştır fakat kadınlarda çok daha fazla görüldüğü yadsınamaz bir gerçektir. Aktarılan bir vakada hasta on bir yaşındadır (Kissel); ben şahsen dokuz yaşındaki küçük bir kızda gözlemledim; otuz sekiz yaşında bir kadında da görülmüştür. Son zamanlarda incelediğim oldukça farklı bir vakada hasta kırk yaşında bir kadındı, fakat o yeniden ortaya çıkan eski bir rahatsızlıktı. Bu yaşların epey istisnai olduğu kabul edilmelidir; açık ara en yüksek vaka sayısı –onda dokuz- on altı ile yirmi üç yahut en fazla yirmi beş yaş arasındaki genç kızlarda görülmektedir. On sekiz yaşındaki genç kızların özel patolojik olgularından biridir. Bu yaşta bir hastanız olduğunda bunu katiyen aklınızdan çıkarmamalısınız.

On sekiz yaşındaki genç kızı yakalayan bu hastalık kroniktir. Hiçbir zaman sekiz ay ila iki yıldan daha az sürmeyen bir hastalıktır ve genellikle de on yıl boyunca devam eder. Nihayetinde, Lasègue'in pek isabetli bir şekilde üç ana döneme indirgediği çeşitli evrelerden geçer.

İlk dönem *gastrik dönem* olarak adlandırılabilir, zira bu dönemde herkes hastalığın basitçe bir mide rahatsızlığından ibaret olduğunu ve o şekilde ilerlediğini düşünür. Anlaşılması her zaman çok kolay olmayan hastalık başlangıcı genellikle hafif, az çok hakiki bir mide hastalığı ile çakışır. Çoğunlukla yine bir duygunun neticesidir. Örneğin, anoreksiyadan söz ederken sıklıkla düşündüğüm Mu. adında on dokuz yaşındaki bir kızda, ilk mide rahatsızlıkları akciğer tüberkülozuna hızla yenik düşen abisinin ölümünün ardından ortaya çıkar. Hastalar, sindirimleri ile ilişkilendirdikleri çeşitli ve müphem sıkıntılardan yakınırlar. Ardından sayısız muayene ve elbette birçok absürt teşhis ve gülünç ilaçlar gelir. Midesi hasta olan genç kızın yediklerine dikkat etmesi gerekmesinin gayet doğal olduğu düşünülür; hekimleri ona daha da sıkı bir diyet reçete etmeye dahi yönelebilirler. Hasta her şeye boyun eğer ve örnek uysallıkta bir hasta olduğunu gösterir; üstelik gittikçe artan belirsizlikte mide ağrıları dışında sağlık durumu mükemmel görünür; dili tertemizdir, midesi ve karın bölgesi normaldir; muzdarip olabileceği tek şey inatçı kabızlıktır.

Genellikle uzun bir süre sonra ikinci dönem, *ruhsal dönem* yahut mücadele dönemi başlar. Aile, nihayet, bu tedavilerin sınırsızca uzamasından ve pek de gerekçeli görünmeyen aşırı katı diyetlerden huzursuz olur. Kuruntulu düşüncelerden ve inatçılıktan şüphelenirler ve tutumları epey değişir. Hastayı masadaki olası tüm lezzetlerle cezbetmeye çalışırlar; onu sertçe azarlar, dönüşümlü olarak şımartır, yalvarır, tehdit ederler. Israrın aşırılığı direncin abartılmasına neden olur; genç kız kendi payına en ufak bir ödün vermenin onu bir hastanın mevkiinden çıkarıp şımarık bir çocuğunkine geçireceğini anlamış gibidir ve buna asla razı olmayacaktır.

Tüm akrabalar ve arkadaşlar sırayla otoritelerinin ve etkilerinin kudretini sınarlar. Lasègue bu sıkıntılı ailelerin bütün gün, yanlarına ilk gelen kişiye genç kızın beslenmesinden kederle söz edişlerini iyi tarif etmiştir. Hiçbir şeyin yararı yoktur; hastalık bu ortamın etkisi ile gitgide gelişir. Genç kız artık mide ağrılarından pek söz etmez fakat yalnızca acıktığı zaman yiyeceğini ve hiçbir zaman acıkmadığını, artık yemeye ihtiyaç duymadığını, bu şekilde süresiz pekâlâ yaşayabileceğini, üstelik hiç bu kadar iyi hissetmediğini sürekli yineler. Sahiden de sağlığı çok iyi görünür; oldukça kuvvetli ve hareketlidir. Hatta abartılı bir fiziksel ve zi-

hinsel faaliyet gösterir ki bu duruma, epey önemli olduğu için, tekrar değineceğiz. Bu kanıdan aldığı destekle, tuhaf hastamız çevresindeki herkesle mümkün olan her yolla mücadele eder. Ebeveynlerinden birine karşı diğerinden destek almaya çalışır; eğer ailesi onu bu kadar zorlamazsa harikalar yaratacağına dair sözler verir; her türlü hileye ve yalana başvurur. Bu tür hastaların ceplerine yiyecek sakladıkları, yanaklarını ve gırtlaklarını yiyeceklerle doldurarak gidip lavaboya tükürdükleri, yuttukları şeyleri derhal geri kusmayı öğrendikleri dönemdir bu.

Son olarak, er ya da geç fakat kimi zaman ancak yıllar sonra, *zafiyet dönemi* adı verilen üçüncü dönem ortaya çıkar. Organik bozukluklar görülmeye başlar; nefes kötü kokar; mide ve karın içeri çekilir; başa çıkılamaz bir kabızlık mevcuttur; idrar azdır ve çok az üre içerir – hastalarımdan birinde otuz gram yerine yalnızca üç gram. Cilt kuru ve pütürlü hale gelir; bilekler ve alın gibi bazı bölgeler çatlaklar ve sivilcelerle kaplıdır. Nabız çok hızlanır; yüz ila yüz yirmi arasındadır. Soluma kısa ve süratlidir; kardiyak ve arteriyel nefesleri duyarsınız. Son olarak, ebeveynlerin en iyi gözlemlediği şey olan zayıflama, şaşırtıcı bir ilerleme gösterir. Hastalığın ilerlemesinde ağırlığın güvenilir bir gösterge olmadığı unutulmaması gereken klinik bir gerçektir; zira başlangıçtaki epey ciddi düşüşün ardından, yalnızca en son ve artık çok geç olduğunda ani bir şekilde düşer.

Bu noktada işler değişmiştir. Artık yataklarından çıkmayan hastalar yarı-hezeyanlı, yarı koma halindedir. Bu safhada iki farklı şekilde davranırlar; kimi hezeyan halinde olmayı sürdürür ve Charcot'nun dediği gibi yalnızca bir düşüncesi kalmıştır: yemeyi reddetmek. Kimi ise, neyse ki, korkmaya başlar. Bu Lasègue'nin beklediği bir şeydir; eşi görülmemiş bir tedavi onuru sebebiyle, hekimin daha önce bir şey yapmaya hakkı olmadığı kanısındadır. Bu noktada otoritesini yeniden kullanmaya başlamış ve hastası tamamen yahut kısmen izin verdikçe –ikincisi daha sık görülür- onu neredeyse tamamen iyileştirmiştir. Esasında, histeri hastası bu bakımdan ayrıcalıklıdır. Köpeklerin vücut ağırlığının yüzde kırkını kaybettikten sonra hayata döndürülemeyeceğini bilirsiniz; histeri hastası ise yüzde elli ya da daha fazlasını kaybettiğinde dahi kurtarılabilir. Yine de bir sınır vardır. Lasègue'in sekiz vakasının hiçbirinde ölüm olmamışsa da o zamandan bu yana sayısız ölüm gerçekleşmiştir. Ben kendi payıma, üç adet biliyorum. Bu o zavallı kızcağızların yemek istemeye

başladıkları hüzünlü dönemdir ve artık çok geçtir. İşlerin genellikle farklı bir hal aldığı ve bronşit-zatürre yahut neredeyse tüberküloz gibi araya giren bir hastalığın ortaya çıktığı doğrudur ki bu da durumu anlaşılır hale getirmektedir.

Bu tuhaf zihinsel hastalığın genel hikâyesi işte böyledir. Hastanın akli durumu ne olursa olsun, hastalığın vahameti, sıklığı, ilerleyişinin düzenliliği bunun derin bir psikolojik bozukluktan ileri geldiğini ve yemeyi reddetmenin ise bu bozukluğun yalnızca bir dışavurumu olduğunu göstermektedir.

II

Bu düşünsel bozukluğunun ayrıntıları ve gelişimi oldukça iyi bilinmektedir, fakat elbette yorumlaması bir hayli güçtür ve çeşitli anoreksiya teorileri, temel fenomenlerden birini yahut diğerini ötekilerden daha üstün tutmuşlardır.

Lasègue ve daha sonra Charcot, hezeyan ve saplantılı fikre önem vermişlerdir. Hastalık, özünde hastanın genellikle gizlese de tamamen bilincinde olduğu bir fikirden oluşmaktadır ve bunun sonucunda da yemenin istemli ve hesaplanmış reddedilişi ortaya çıkar. Bazı hastalar midelerine ilişkin bir hayli endişe duyar, sindirim sebebiyle ortaya çıkan ağrıları dinlerler ya da yalnızca yemek borusunda bir top hissinden tedirgin olurlar. Kimilerinin de vicdani tereddütleri vardır; hayvanların etlerini yedikleri için üzülür, yeterli yiyeceği olmayan çok fazla yoksul insan varken yemek yemekten utanırlar. Okuldayken edindiği turp nefreti yüzünden ölen on sekiz yaşında bir kız tanıdım. Son ana kadar, her şeyin turp koktuğunu söyleyerek herhangi bir şey yemeyi reddetmişti. Çoğunlukla, intihar fikrine sahiptirler; bu genç kızlar şu veya bu sebeple ölmeye karar verirler –ya karşı çıkılan bir evliliktir bunun sebebi, ya bir suçlama yahut da bir dost ile edilen kavga. Ve saflıklarından, kimsenin şüphesini çekmeyecek basit, temiz, çok acı verici olmayan bir yöntem olduğu kanısına vararak, açlıktan ölmeyi seçerler. Charcot'nun şu gözlemi ünlüdür: Bu türden bir hastanın giysilerini çıkarırken beline sıkıca bağlanmış gül pembesi bir kurdele olduğunu görmüştür. Ardından, hastadan, kurdelenin belinin genişlememesi için bir ölçü işlevi gördüğü itirafını almıştır: "Annem kadar şişman olacağıma açlıktan ölmeyi tercih ederim." Bu tür kaygılar çok yaygındır; hastalarımdan biri, sindirimi sırasında yüzünün kızaracağından

ve yemeklerden sonra dersine girdiği bir profesörün gözüne daha çirkin görüneceğinden korkarak yemeyi reddederdi.

Bu tür düşünceleri gözlemleyen yazarlar bana bunların önemini abartmaya meyilli gibi görünmektedirler. Her yerde gül pembesi kurdeleyi ve obezite kaygısını arayan Charcot için bunu kesinlikle söyleyebilirim. Bu hususta konması gereken bir tanı olduğu kanaatindeyim, ki bunun üzerinde saplantılara ilişkin çalışmamın birinci cildinde bir hayli durmuştum. Yemenin reddi her zaman bir histerik nevroz fenomeni değildir; en az aynı sıklıkta psikastenik nevrozla da ilintili olabilir. Psikastenik nevrozda saplantılı fikirler tek başına kalır ve sonuna dek baskın bir rol oynar.

Bu hastalar saplantılı fikirler ile ilişkilendirilen diğer psikolojik bozuklukların mevcut olmayışından tanınacaklardır. Özellikle de sahici bir anoreksiyaları bulunmaz; acıkma hislerini muhafaza etmişlerdir ve genellikle yiyecek ihtiyaçlarına boyun eğmemek için kendilerini hakiki işkencelere maruz bırakırlar. Bu hastalar, en azından başkaları önünde, boyun eğmemeyi bir onur meselesi haline getirirler ve bu sıklıkla değinilen tuhaf bir durumu da açıklamaktadır. Kimi hastalar bütün gün teklif edilen her yiyeceği geri çevirdikten sonra gece gizlice kalkıp yiyecek çalarlar; bu nedenle ulaşabilecekleri yerlerde yiyecek bırakmaya her zaman dikkat edilmelidir. Açlık hissini gerçekten kaybetmedikleri gibi, ağızlarında ya da üst karınlarında gerçek bir anestezi de yoktur. Son olarak, histerik anoreksiyadaki ehemmiyetini daha önce belirttiğim aşırı hareket ihtiyacını da göstermezler. Histerik anoreksiya vakalarında başlangıçta mevcut olan ve bir süre için belirli bir rol oynayan saplantılı fikir oldukça ciddi fenomenlerle birlikte karmaşık bir hal alır, örneğin iştah kaybı, çeşitli organlarda görülen anestezi, beslenmeye ilişkin eylemlerde bazı sistematik felç fenomenleri ve ciddi motor ajitasyonlar gibi. Bu nedenle gerçek histerik anoreksiyanın çeşitli saplantılarla ve özellikle çeşitli psikasteniklerdeki vicdani saplantılarla ortaya çıkan yemeyi reddedişlerden ayırt edilmesi gerektiği kanaatindeyim.

Başka teoriler de, özellikle günümüzde epey yaygın bir teori olan, mide anestezisi yoluyla anoreksiya teorisi, bu yeni fenomenleri hesaba katmaya çalışmıştır. Hastalığa, utanca, obeziteye ilişkin hezeyanlı düşüncelerle meydana gelen anoreksiyaların yanı sıra organik duyarlıklardaki bozukluklardan dolayı ortaya çıkan anoreksiyaların da var olup olmadığı sorulmuştur. Böyle

bir durumda bu anoreksiyalar isimlerinin hakkını verir ve her şeyden önce acıkma hissinin kaybı haline gelirlerdi. 1840'ta Despine gibi manyetikçiler tarafından işaret edilen bu hâlihazırda eskimiş tez, özellikle Burcq tarafından 1875-1882 yılları arasında yürütülen metaloterapi çalışmaları ile geliştirilmiştir. Sonrasında da Sollier tarafından sistematikleştirilmiş ve abartılı bir hale getirilmiştir. Burcq, bir yerde, "Anestezi diğer tüm semptomlar üzerinde, özellikle de beslenme bozuklukları ve salgılama üzerinde baskın bir etki oluşturur." demiştir. Bu anestezileri kendi tasarladığı metal tabakalar ve armatürler kullanarak yok edebildiğini ve bunun sonucunda da histerik fenomenlerin, özellikle de anoreksiyanın kaybolduğunu görmüş olduğunu iddia etmiştir.

Bu görüşlerde epey gerçek payı vardır. Her şeyden önce, iyice yerleşip histerik nitelikte olduğu kesinleştiğinde anoreksiyada çok sayıda anestezinin mevcut olduğunu fark etmemiz gerekir. Bunlar ağızda, dil üzerinde, yanakların iç yüzeylerinde ve yemek borusunda bulunurlar. Aynı zamanda özel tat alma ve koklama duyularında da mutlak anestezi görülebilir. Hastaların, özellikle de hastalıklarının başlangıcında çiğ yiyecekler yemek istediklerini ve yemeklerine biraz tat vermek için tuz ve sirke talep ettiklerini, daha sonraları da ona yemesi için kum ya da toprak verdiklerinden yakındıklarını bilirsiniz. Ayrıca bildiğiniz üzere kimi hastalar yiyecekleri ağızlarında hissetmezler. Sindirim borusunun alt kısmında, anüs ve rektumda da anestezi olması sıklıkla gözlenen bir şeydir. Midenin kendisindeki ve ince bağırsaktaki anesteziyi saptamak daha güçtür, çünkü bu organların duyarlılığı genellikle pek az olur, fakat bu da çok olasıdır. Birçok hasta çok sıcak yahut çok soğuk bir yiyeceğin midelerine inişini hissetmez. Dahası, Gilles de la Tourette tarafından belirtilen oldukça ilginç bir kaideyi, histeride derideki yüzeysel anestezinin genellikle altındaki organlarda mevcut olan bir anesteziye eşlik ettiğini daha önce görmüştük. Histerik anestezide, tam üst karın bölgesine yerleşmiş ufak bir parça kutanöz his kaybı sıklıkla görülür. Dolayısıyla midedeki mukoza zarının ağızdaki kadar anestezik olması muhtemeldir.

Peki sindirim borusunun tüm parçalarına yerleşmiş olan çeşitli anesteziler, beslenme fonksiyonlarının bozulmasında rol oynar mı? Bu oldukça mümkün görünmektedir. Fizyologların, özellikle de Pawlof'un harikulade çalışmaları göstermiştir ki bir köpeğin salyası ona sunulan nesneye, nesnenin tadı ve kokusuna

göre değişmektedir. Böylece mide ve bağırsak salgılarının, yiyeceğin sindirim borusunun çeşitli yerlerinde duyumsanması ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir. Bu hastalar ne tat ne koku ne de mide mukozasında bir uyarılma hissettiklerine göre sindirimlerinde yüksek olasılıkla bozukluk görülecektir. Bir hekim daha da ileri gitmeye çalışmıştır. Histeriklerin anestezilerinin hareketli olduğunu, çeşitli işlemlerle yok olmalarının ve yeniden ortaya çıkmalarının mümkün kılınabileceğini biliyorsunuz. Bu hekim, en azından bir vakada, hastanın yemek borusu ve midesinde yiyeceği hissedip hissetmemesine göre mide özsuyu salgısının çok farklı olduğunu gördüğü kanısındadır.

Bu görüşlerden hastalığa dair yeni bir anlayış ortaya çıkmaktadır. Buradaki en büyük fail gastrik anestezidir. Midenin hareketleri ve salgılarının duyumsanması açlık hissinin başlangıç noktası iken, midenin hareketsizliği ve duyarsızlığı anoreksiyayı ve burada ikincil olarak değerlendirilen hezeyanlı düşünceleri meydana getirmektedir.

Bu anlayışta doğruluk payı vardır fakat bana kusursuz bir açıklama gibi gelmemektedir. Birincisi, histeriklerin anestezileri hiçbir zaman tam değildir ve refleksleri ortadan kaldırmaz. Bu hususu daha önce incelemiştik. En anoreksik histeri hastasının midesine sonda ile zorla yiyecek sokarsanız ve derhal kusmasını önlerseniz sindirimin, başlangıçta biraz yavaş olsa da tamamen ve en normal şekilde işlediğini göreceksiniz. M. Henry Françaís, "Apepsi" üzerine olan bu sene savunduğu tezinde bunu yeniden göstermiştir. Dolayısıyla psişik duyarsızlık burada dikkate değecek kadar önemli bir rol oynamaz. Midedeki anestezinin iştahı ortadan kaldırdığını varsayarsak dahi, bu hastayı yiyemez yahut sindiremez bir hale getirmeyecektir.

Ağız ve midedeki bu bölgesel fenomenlerin genel açlık hissiyatı ve beslenme fonksiyonu üzerinde oynadığı role abartılı bir önem atfedildiği görüşündeyim. Midelerinden yoksun olan hayvanlar dahi yine de beslenmeye çalışırlar. Yemek yemek için her zaman tamamen belirgin bir iştaha ihtiyaç duymayız. Çoğu zaman nezaketen, yalnızca başkalarına uyum sağlamak maksadıyla ya da esasında pek istemiyorken sırf mantıklı olduğunu düşündüğümüz için yemeyi kabul ederiz. Kısacası bu yazarlar histeriklerdeki saplantılı düşüncelere daha temel ve daha genel bozuklukları eklemekle doğru yapmışlardır; fakat bunu yaparken ağız ve midedeki duyarlılıklar üzerinde durmakta hatalıdırlar.

Bu bağlamda henüz mükemmel bir şekilde açıklığa kavuşturulamamış bir fenomenin daha kapsamlı bir incelemesinin yapılmasını isterdim; bu fenomen, bir grup anoreksiya hastasında ayırt edici özellik görevi gören fiziksel egzersize olan düşkünlüktür. Bu özellik vaktiyle Lasègue tarafından belirtilmiştir. Dr. Wallet'nin kısa ve ne yazık ki pek eksiksiz olmayan makalesinde iyi ifade edilmiştir.[1] "Hasta," der Wallet, "uzun yürüyüşlere son derece düşkündür. Muazzam bir hızla zayıflamakta olduğu için bu yürüyüşler ona yasaklanır. Bunun üzerine, hasta sabahtan akşama kadar evin bahçesini boydan boya yürümeye başlar ki bu da esasında aynı şekilde yasaktır. Ardından tüm gün badminton topuyla oynar. Odasından çıkmaması tembihlenince kendini zorlu jimnastik hareketlerine verir. Yatağında bile zıplamayı ve takla atmayı sürdürür."

Şahsen, çoğu yazarın üzerinde durmadan yalnızca değinmekle yetindiği bu tuhaf fenomenden çok etkilenmiştim. Hastalarımdan biri olan Mu.'nun en az yemeyi reddedişi kadar yıllardır ağır bir yürüme manisi vardır. Her gün yürüyerek Trocadero ve Boulogne Ormanına kadar gitme zorunluluğu hisseder. Arabanın yalnızca onu izlemeye yetkisi vardır. Ona eşlik eden insanları da bitap düşürür. Günde iki saatlik hızlı yürüyüş sınırı getirilirse, dakikaların hesaplanması konusunda patırtı çıkarır. Hiçbir rica veya tehdit, zafiyet geçirmesini durduramadığı gibi yürüyüşünü de durduramaz. En ufak bir duygulanmanın sonucu olarak dönemsel anoreksiyalar geçiren epey ilginç bir kadında da yürüme ihtiyacı yemek yemenin reddedilişi ile birlikte derhal başlar. Her şey çok ani olur; yaşadığı duygunun ardından eve dönmeyi ve yemek yemeyi reddeder. Bu özellik de en az ilki kadar tuhaftır.

Bu duruma dair ilk açıklama Lasègue ve Charcot tarafından yapılmıştır ve o zamandan beri tereddütsüz yinelenmiştir: Bu hastaların bu denli fazla yürümeleri ve egzersiz yapmalarının ardında daha fazla yemeye zorlamamaları için çevrelerindekileri hâlâ güçlü ve dinç olduklarına inandırmak istemeleri yatar. Bu açıklamanın beni tatmin etmediğini itiraf etmeliyim. Hastalıkları sırasında ya da iyileşmenin ardından benimle samimiyetle konuşan birçok hasta böyle bir şey düşünmedikleri konusunda beni

---

[1] Wallet, "Deux Cas d'Anorexie Hystérique," *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1892, s. 276.

ikna etmişlerdir. Dahası, bu abartılı hareketlilik özgür bırakılan ve beslenme düzenlerini kimsenin izlemediği yaşlı hastalarda da görülmektedir.

Bir başka ilginç açıklama da Wallet tarafından 1892 yılında yapılır: Hasta kendisine dayatılan gıdayı, zayıflamak maksadıyla, yaptığı egzersizle telafi etmek için yürür. Bu açıklamayla Charcot'nun ilk düşüncesine, yani bütün bu hastaların zayıflamak istedikleri fikrine geri dönüyoruz. Bunun doğru olmadığını biliyorsunuz ve eğer bu abartılı hareketlilik bazı özel vakalarda bu düşünceyle açıklanabilirse de bu açıklamayı genellemek absürt olacaktır.

Söz konusu fenomenin bu yazarların düşündüklerinden çok daha mühim ve ciddi olduğuna inanıyorum. Hususi bir dayatmanın sonucu değildir bu; çok genel bir bozuklukla ilişkilidir. Bu bozukluk, öncelikle, burada mide anestezisinden çok daha büyük önem taşıdığını düşündüğüm *yorgunluk hissinin bastırılmasından* oluşmaktadır. Ayrıca az bilinen bir başka şeyi de içermektedir: mutlak fakat pek az çalışılan bir olgu olan fiziksel ve ruhsal aktivitenin genel uyarımı, tuhaf bir mutluluk hissi, tıbbi deyişle öfori. Yeme ihtiyacı, zayıflık hissiyatı ve depresyon ile beraber seyreder; nörostani nedeniyle depresyonda olan kişiler çok yerler. Örneğin, esrik azizlerde görülen gücün uyarımı ve öfori hissi, yeme ihtiyacını ortadan kaldırır. Histerik anoreksiya, sanıldığından çok daha derin köklere dek iz sürmeyi gerektirir.

Açıklama iddiasında bulunmaksızın bunu bu şekilde görmemizi öneriyorum. Psikolojik yönünü dikkate alırsak beslenme fonksiyonu bir hayvanın beyninde mevcut olan en önemli düşünce sistemlerinden biridir. Zayıflık hissi, depresyon ve ölüm korkusu gibi temel fenomenlerden meydana gelir. Ayrıca, ellerden dudaklara, dilden rektuma ve anüse kadar organizmanın beslenmede rol oynayan tüm kısımlarına ilişkin duyumsamalar ve hareketler gibi sayısız ikincil fenomeni kapsar. Son olarak, güzel yiyecek imgeleri, doğru beslenme alışkanlıkları gibi gelişim fenomenleri ve genellikle beslenmemizi karmaşık bir hale getiren bazı sosyal fenomenler karışımını de içerir. Histeri hastasında bütünüyle yahut kısmen bilinçten çekilen bu sistemin çözülmesi söz konusudur. Tamamlanmış bir anoreksiyada az önce saydığım tüm unsurların, yerini patolojik öforiye bırakan zayıflık hissinin, organlardaki hassasiyetin ve hatta sanıldığından daha büyük oranda hareketlerin yitirilişini görürsünüz. Bu hastalar ar-

tık yiyecekleri ağızlarına düzgün bir şekilde aktaramazlar; çiğneyemezler ve hepsinden önemlisi yutamazlar ve dışkılayamazlar. Bunun yanı sıra, pek fark edilmemiş ve sosyal beslenme fikirlerinin yitirilişinden müteşekkil bir fenomen daha var. Marceline, yeme eyleminin ne kadar gülünç olduğunu düşündüğünü ve insanların bu tiksinti verici faaliyet için bir araya geldiğini görmenin onu ne kadar şaşırttığını açıkladığında çok eğleniyordu. Histerik anoreksiya, esasında büyük bir amnezi ve büyük bir felçten ibarettir. Son hastada görüldüğü gibi, beslenme adeta yalnızca ikinci yahut somnambulik durumda işleyebilen somnambulistik bir fenomen haline gelir. Bu fenomen normal ve uyanık haldeki bilinçte kaybolur.

III

Bu dersi sonlandırmadan önce bilmeniz gereken fakat üzerinde durmanın çok zaman alacağı birkaç ayrıntıyı hızla eklemek istiyorum. Az önce değindiğim çözülme, fonksiyonu oluşturan tüm unsurlarda etkili olabilir ve onları ayrı ayrı baskılayabilir. Dolayısıyla her tür organ ile ilintili felçler ve amnezilerle karşılaşabilirsiniz. Bunları tek tek saymaya lüzum yok; yalnızca organların kendilerini izlemeniz yeterlidir. Histeri hastası, konuşmada olduğu gibi beslenmede de dudakların işlevlerini yitirebilir. Dilin ya da dişlerin işlevlerini yitirebilir.

Farenksin yutma fonksiyonu hususunda biraz daha dikkatli olunuz. Bu hastaların çoğu yutamaz hale gelir; lakin bunlar yutma fobisi yaşayan psikasteniklerle karıştırılmamalıdır. Bu hastaların bazıları yedikleri şeyin yemek borularından midelerine geçmesini sağlayamazlar. Tedavisi ile ilgilendiğim yaşlı bir histeri hastasının öğle yemeğini yemesinin ardından onu gördüğüm zaman ilk yapmam gerekenin ne olduğunu biliyor musunuz? Hâlâ yutağında duran öğle yemeğini yutmasını sağlamaya çalışıyorum. Birçok inatçı kabızlık vakasında dışkılama amnezisinin rol oynadığına da eminim.

Bağırsaklarda meydana gelen şey idrar torbası için daha da büyük önem taşımaktadır. Bildiğiniz üzere histeri hastaları idrar torbası fonksiyonlarının tümünü yahut yalnızca bir kısmını yitirirler. Bir hekim için, idrar yapmanın nöropatik bozukluklarını tam olarak bilmekten daha önemli bir şey yoktur; talihsiz insanlara çok yardımı dokunabilir ve birçok mücrim hatanın önüne

geçebilir. İdrar tuhaflıklarıyla bir ilgisi olmadığı halde, üretraların çok büyük veya çok dar olduğu gerekçesiyle genç kadınlara yapılan ameliyatların haddi hesabı yoktur. Artık idrar yapmaya başlayamaz yahut durduramaz veya sadece idrarlarını kontrol edemezler ve son derece komplike hale gelebilen çeşitli tutamama ya da yapamama vakası görürsünüz.

Beslenme fonksiyonlarındaki çözülme üzerine hızlıca yaptığımız bu değerlendirme histerik felç ve amneziler üzerindeki genel çalışmalarımı doğrulamakta ve bize solunum bozuklukları üzerine olan bir sonraki dersimizin taslağını vermektedir.

XII
Solunum ve Beslenme Tikleri

Solunum felci – Histerik asfeksi sorunu – Solunum anestezisi – Solunum bozuklukları – Cheyne-Stokes ritmi – İnişli çıkışlı solunum ile birbirini izleyen diyafram felci – Solunum ajitasyonları – Polipne – Nefes alma tikleri – İç çekme, esneme, hıçkırık – Aerofaji (hava yutma) – Nefes verme tikleri – Histerik öksürük – Kahkaha – Histerik havlama – Karmaşık tikler – Karın meteorınası – Beslenme tikleri – Bulimiya – Polidipsi (aşırı susama) ve poliüri (sık idrar yapma) – Çene, yanak ve farenks spazmları – Erüktasyon (geğirme) tikleri – Regurjitasyon (kusma) tikleri – Aspirasyon tikleri – Histerik kusma – Kan kusma

Beslenme fonksiyonlarına vakfettiğimiz çalışmanın bir benzerini solunum konusu için tekrarlamamız gerekir; vahametleri daha az olsa da bu fenomenler de hemen hemen aynı türdendir. Öte yandan, sonsuz çeşitlidirler ve *apneler, dispneler, boğulmalar, solunum bozuklukları,* çeşitli *solunum felçleri,* sayısız *tikler, polipne, esneme, iç çekme, hüngürtü, hıçkırık, öksürük, hapşırık, havlama, karın titremeleri, meteorma,* ve bunların yanına koymak istediğim *erüktasyon, regurjitasyon, mide gurultusu, kusmalar* vb. gibi şimdi saymadığım *beslenme organları tikleri* üzerinde süresiz durabiliriz. Endişelenmeyiniz; bunların hepsine kısaca bakacağız, zira genel kurallar bir kez öğrenildiğinde, bu farklı fenomenler daima birbirine benzer.

I

Solunum felçleri ile başlayalım ve öğretimizi örneklendirmek adına ilgi çekici bir vakayı tasavvur edelim. Vaka, birkaç sene önce burun ve larenks hastalıklarında seçkin bir uzman olan M. Lermoyez tarafından yayınlanmıştır.[1] Histeri teorisi açısından

---

[1] M. Lermoyez, "Insuffisance Nasale Hystérique," *Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* Ocak, 1899. *La Presse Médicale,* 25 Ocak, 1899.

oldukça ilginç olması ve sinir sistemi hastalıkları alanında uzmanlığı olmayan ve bizim okullarımızın tartışmalarıyla iştigal etmeyen bir hekim tarafından hiçbir peşin hüküm olmaksızın basitçe anlatılmış olması nedeniyle bu vakanın bilim adamlarının ilgisini daha da çok çekmesi gerekirdi.

Yirmi yaşlarında bir genç kız, burnunu tıkayarak solunumunu ve dikkatini bozan adenoit tümörler nedeniyle Lermoyez'e götürülür. Tümörler pek büyük değildir ve ameliyat güçlük çıkmadan başarıyla sonuçlanır. Ancak genç kızın eskisinden daha iyi nefes almadığı ve ağzını açık bırakmak zorunda kaldığı için dili ve dudaklarının kuruduğu fark edilir. M. Lermoyez burnun hâlâ tıkalı olduğunu düşünür; bu nedenle tekrar etraflıca muayene eder fakat hiçbir şey bulamaz, zira solunum kanalları tamamen açıktır. Burnundan pekâlâ soluyabildiğini ve ağzını gereksiz yere, alışkanlıktan açık tuttuğunu genç kıza göstermek maksadıyla, burnundan nefes alacağını düşünerek genç kızın ağzını elleriyle kapatır. Şaşırarak yanıldığını görür. Burun deliklerinden soluma olmaz; hasta boğulurcasına kıvranır ve tekrar denemesini isteyerek genç kızı sıkıca tuttuğunda kızın yüzü ve kulakları morarır. Özetle, bu genç kız burnu açıkken ağzı kapatıldığında boğulmaktadır. Fakat hiçbir noktada tıkanıklığa sebep olan bir şey yoktur; yalnızca ilginç bir sinir sistemi bozukluğu, *solunum hareketini gerçekleştirme yetersizliği*, ağız kapandığı anda göğsü hareket ettirmeyi başaramama söz konusudur. Lermoyez'nin isabetli bir şekilde saptadığı gibi, bu genç kız burundan nasıl nefes alındığını unutmuştur. Fonksiyonel felçler ve amneziler üzerine öğretilerimizin daha iyi bir teyidi bulunabilir mi? Burada, solunum fonksiyonunun ya da en azından parçalarından birinin çözülmesi ile karşı karşıya değil miyiz? Bu örnek sizlere solunum çalışmasında da aynı sorunlarla karşı karşıya olduğumuzu daha en başından gösterir.

Fakat anoreksiya kadar önemli ve belirgin bir bozukluk ile başlayamayacağımız aşikâr. Anoreksiya, görmüş olduğumuz gibi, beslenmenin tamamının çözülmesi, bastırılmasıdır ve bu nihayetinde zafiyete ve ölüme kadar gider. Büyük bir fonksiyonel felçtir. Buna eşdeğer bir solunum yokluğu, tüm solunumu baskılayan ve ölüme kadar giden eşdeğer bir *asfeksi* var mıdır?

Bu tartışmalı bir konu; Gilles de la Tourette'in kitabında[2] leh-

---

[2] Gilles de la Tourette, "Traité de la Hystérie," 1895, II, s. 124.

te ve aleyhte görüşler mevcuttur. Kendi adıma, bunun doğru olabileceğini kabul etmekte tereddüt etmekteyim. Açlıktan ölen birçok kişi gördüm; boğulmadan ölen kimse görmedim. Solunum mekanizmasındaki çeşitli bozukluklardan ileri gelen histerik asfeksi genel olarak ölüme neden olabilecek gibi görünmemektedir. Asfeksinin bayılmaya yol açtığı bir an gelir; beynin yüksek fonksiyonları durur ve bu yüksek fonksiyonlar tarafından artık engellenmediği için soğan iliğin otomatizmi sayesinde solunum yoluna girer.

Bu noktada, esasında, beslenme ve solunum bozuklukları arasındaki işaret etmiş olduğum fark söz konusudur. Beslenme yahut en azından beslenmenin, besinlerin alınmasından oluşan mekanik kısmı tamamen bilinçli ve istemli bir fonksiyondur. Açlıktan ölsek, zafiyetten bayılsak da hiçbir soğan ilik mekanizması yemek yememizi sağlamaz. Oysa solunum bütünüyle bilinçli ve istemli bir fonksiyon değildir. Kuşkusuz, bilinç solunumu epeyce bozabilir, ne budalaca şeyler yapabileceğini göreceğiz zaten; fakat neyse ki bilincimizin dışında, histeri hastalarımızın koruyucusu olan temel bir mekanizma vardır. Tehlike bakımından histerik anoreksiya ve histerik asfeksi arasındaki bu ayrım, hastalığın zihinsel açıdan yaptığımız açıklamasını meşru kılmak maksadıyla üzerinde duracağımız bir başka olgudur.

Bununla beraber, histerik solunum bozuklukları mevcuttur ve biz beynin bu fonksiyon üzerindeki etkisini artık bildiğimiz için bu gerçeği gayet iyi anlamaktayız. Flourens, 1842'de solunumu tamamen soğan ilikle ilişkilendirmişti, ancak 1861'de Coste'un, 1875'te Danilewsky'nin, Lépine'in, Richet'nin, Franck'ın, Pachon'un ve özellikle Mosso'nun çalışmalarından sonra serebral solunumun mevcut olduğunu pekâlâ biliyoruz. Beyin uyuştuğunda solunum yavaşlar ve azalır; anlaşılan o ki toplam solunumun içerisinde serebral faaliyete bağlı olan fazladan bir solunum bölümü ya da Mosso'nun deyimiyle lüks solunum mevcuttur. Histeriklerin binlerce şekilde değişime uğratabildikleri kısım işte bu lüks solunumdur.

İlk olarak, rahatsızlıkların ilerleyişinde şüphesiz oldukça önemli bir rol oynayan *solunum duyarlılığı bozuklukları* karşımıza çıkar; zira her fonksiyon kaybına veya her felce, fonksiyonda rol oynayan özel duyularla ilintili bir bilinç kaybı, başka bir deyişle bir sistematik anestezi eşlik eder. Genellikle solunum organları üzerine yayılmış az çok dağınık anestezilerle karşılaşırsınız. Bu-

rın çoğu zaman duyarsızdır ve koku alımının kaybı –anosmi- beslenme bozuklukları kadar solunum bozukluklarına da eşlik eder. Farenks çoğunlukla duyarsızdır. Bildiğiniz gibi Chairon, vaktiyle bu duyarsızlığı ve gıdıklanmaya karşı farinjiyal refleksin kaybını her tür histerinin karakteristik semptomu haline getirmek istemiştir. Bu durum sık görülse dahi bu abartılı bir iddiadır, zira aynı durum beslenme ve solunum bozukluklarına da eşlik eder. Göğüs ve karın üzerine yayılmış hassasiyet bozuklukları ile de karşılaşacaksınız.

Daha ilginç olan şey ise bazı vakalarda solunumun kendisine ilişkin çok özel bir anestezi tipini tanıyabileceksiniz. Hepimiz solunumumuzu hissederiz ve hepsinden önemlisi, nefes alma ihtiyacını hissederiz. 1897'de Bloch, bu solunum duyarlılığını ölçmek için eşi görülmemiş bir cihaz icat etmiştir. Hastaya, bir ucu hesaplanan boyutlarda bir pencere tarafından kapatılan bir tüpten nefes alması söylenir. Bir vida aracılığıyla pencerenin boyutları kademeli olarak azaltılır ve gözleri kapalı olan hastadan hangi anda nefes almakta zorluk çektiğini belirtmesi beklenir.

Elde edilen rakamsal veriler hastaya, günün saatine ve hastanın öncesinde yapmış olduğu hareketlere göre bir hayli değişir; yine de verilerin histeriklerde genellikle çok farklı ve çok daha düşük olduğunu gözlemleyebildim. Hasta nefes alma ihtiyacını ancak çok geç, normal bir bireyden çok daha geç ve yarı boğulmuş bir vaziyetteyken dile getirir. Bu fenomen, anoreksiya ile, yani anoreksiyadaki açlığın bilinçsizliği ile kıyaslanabilecek *özel bir solunum ihtiyacı bilinçsizliğine* işaret eder.

Bu duyarlılık bozukluklarına hastaların az çok bilincinde oldukları motor bozukluklar eşlik eder. Hastalar, sözünü ettiğim fizyolojik sebepler sayesinde tamamen asfeksiye ulaşmasalar da istemli bir şekilde nefes alamaz hale gelirler. Alışkın olduğumuz o lüksü artık solunumlarına ilave edemezler. Hasta; sıkışma hissinden, boynunda ve göğsünde daralmadan, boğulmaktan, göğsüne hava girmesini sağlayamaz olmaktan şikâyet eder. Kimi zaman bu fenomenler solunum organlarındaki rahatsızlıkların sonucu olarak meydana gelir -Lermoyez'nin vakasında bunu görmüştük - ve en ufak bir soğuk algınlığı, söz konusu hastada benzer fenomenlerin meydana gelmesine neden olur. Kimi zamansa herhangi bir duygunun sonucu olarak ortaya çıkarak hastanın düzeltemeyeceği şekilde solunumu bozar. Birçok vakada uyanık haldeyken anormal olan solunum, somnambulizm yahut

dalgınlık evreleri sırasında süratle normale döner. Felç için geçerli olan kaideler bu rahatsızlığa pekâlâ uygulanabilmektedir.

Bununla birlikte bu durumların solunuma ait şu veya bu organda meydana gelen gerçek felçlerle ilişkili olduğunu düşünmemelisiniz. Yine aynı sebepten dolayı buradaki felç beslenme bozukluklarında olandan daha az belirgindir. Buna ilişkin çok sık gözlemlediğim en ilginç fenomen *solunum düzensizliği*, yani solunumda devamlılığın ve uyumun yokluğudur. Solunum; burun, farenks, glotis, göğüs boşluğu, diyafram gibi karmaşık organlara bağlıdır; bu organların tümü aynı anda ve aynı yönde işlemediğinde doğru şekilde gerçekleşemez. Eğer glotisinizi kapatır, diyaframınızı şişirirseniz göğüs boşluğunuzu genişletmeniz bir işe yaramaz. Hastalarımızın yaptığı şey işte budur. Çeşitli organlarında sarf ettikleri çabalar birbirleriyle çelişir ve bu nedenle görünürde ciddi gayret göstermelerine rağmen göğüslerine giren hava miktarı çok azdır. Şu ayrıntıyı aklınızdan çıkarmayınız; insanların göğüslerini çok fazla zorlamaları çok fazla nefes aldıkları anlamına gelmemektedir. Spirometrik değerler histeriklerin göğüs ve karın bölgelerinin görünür bir şekilde genişlemesine rağmen gerçekte çok az nefes aldıklarını göstermektedir. Bu hastalardaki solunum bozuklukları felçten ziyade bir sinerji eksikliğidir. Bu durum, söylemiş olduğum gibi, hastaların bir sistem felci olan felçlerinin anlaşılması açısından da ilginçtir. Bir hasta, bacaklarında gözle görülür bir felç olmadan da bisiklet süremez hale gelebilir.

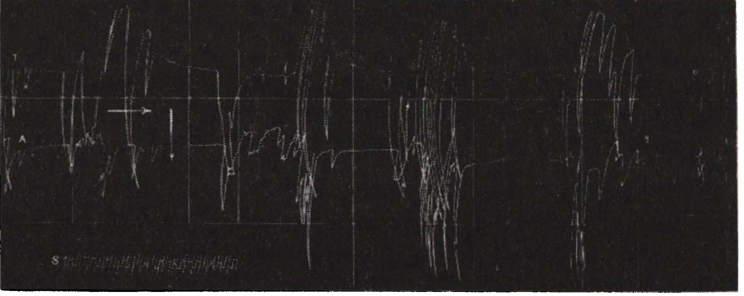
Bununla birlikte, bazı vakalarda solunum bozuklukları bilinen felçlere daha çok benzerlik gösteren daha belirli biçimler alabilir; fakat bunlar nadir görülmekte ve hâlâ tartışılmaktadır. Amacım yalnızca bu probleme dikkatinizi çekmek. 1900 yılında Paris'te gerçekleşen Psikoloji Kongresi'nde şahsen oldukça önemli bulduğum bir olgudan, yani *Cheyne-Stokes ritimlerinin* histeride ortaya çıkmasından söz etmiştim.[3]

Bildiğiniz gibi Dublinli Cheyne ve Stokes, 1816 yılında, en ciddi vakaların karakteristik semptomu olduğunu düşündükleri epey özel bir solunum düzensizliği tarif etmişlerdir. Tabloda gördüğünüz üzere (Figür 16), bu ritmin özelliği solunum durak-

---

[3] F. Raymond ve Pierre Janet, "Un cas du rhythme de Cheyne-Stokes dans l'hystérie, influence de l'activité cérébrale sur la respiration," *Comptes rendus du IV^me^ congrès international de psychologie*, Paris, Ağustos 1900; 1901, s. 524.

lamalarıdır; on-on beş arası hızlı nefes dizileri mevcuttur, ardından uzun sürebilen, bazı vakalarda yarım dakika süren solunum kesilmesi gelir; sonra aktif solunum dizileri yeniden başlar. Başlangıçta bu fenomen yalnızca serebral apoplekside, çoğu şiddetli acı çekme biçimlerinde ve beyin tümörlerinin bazı türlerinde saptanmıştır. Sonraları tifo, üremi ve çeşitli zehirlenmelerde de görülmüştür. Mosso, bu solunum ritmini kayda değer bir biçimde genelleyen ilk kişidir; çok derin olduğunda doğal uykuda ve genel olarak tüm genel uyuşukluk hallerinde de mevcut olduğunu göstermiştir.

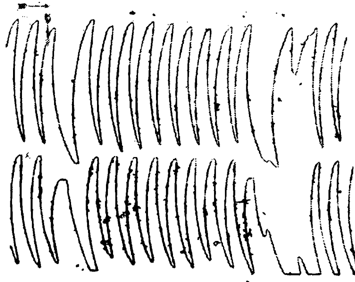


Figür 16. Histeri hastası bir kadındaki Cheyne-Stokes ritmi vakasının solunum grafiği. T, göğüs solunumunu; A, karın solunumunu; S, saniye cinsinden zamanı belirtir. Yatay ok grafiğin okunması gereken yönü, dikey ok soluğun kaydediliş yönünü belirtir.

Tedavisiyle ilgilendiğim tüm histeri hastalarının sistematik bir şekilde ve biraz abartarak solunum grafiklerini aldığım bir dönemde, bir hastada tam olarak Cheyne-Stokes ritmini gösteren bir grafik gördüğümde çok şaşırmıştım. Bu ritmin değişimleri üzerine epey ilginç çalışmalar görmek isterseniz, makaleme bakmanızı öneririm. Bu hasta, daima bir dalgınlık ve düş görme halindedir. Herhangi bir yöntem ile dikkati çekildiğinde solunumu değişir ve yeniden neredeyse normal hale gelir. Durum, histeriklerde gördüğüm diğer Cheyne-Stokes vakalarıyla aynıdır. Bu solunum yarı uyku vaziyetindeki ve dikkatini vermekten aciz kişilerde mevcuttur. Kişi uyandığında ve daha faal olduğunda ortadan kaybolur. Bu gözlemler solunumun dikkat üzerinde oynadığı rolü göstermeleri bakımından ilgi çekicidir. Ayrıca histeri teorisi için de önem arz ederler; zira, bizlere bir fonksiyonun, ya-

ni dikkatin dahil olduğu solunumun bozulmasını gösterirler ki bu hastanın bildiği bir fonksiyon değildir ve dolayısıyla yerleşik düşünceler ile düzeni bozulamaz.

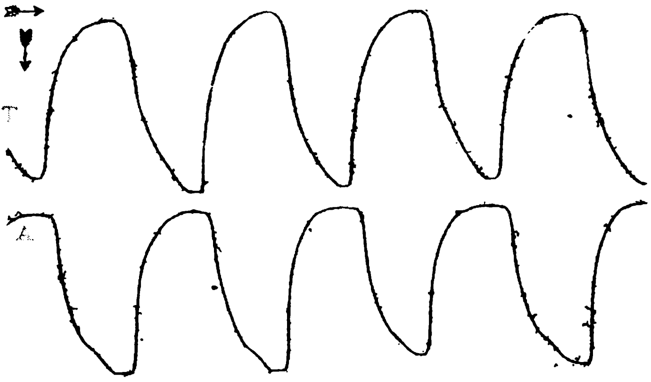
Bu bağlamda, yalnızca tek bir vakada gördüğüm için epey tuhaf bulduğum inişli çıkışlı solunumla birbirini izleyen *diyafram felcine* dikkatinizi çekmek istiyorum. Bildiğiniz gibi normal solunumda göğüs yükseldiğinde diyafram çöker, etkin bir şekilde bağırsakları bastırır ve dolayısıyla alınan her nefeste karnı şişirir. Diyafram felçli ise bu aktif hareketi gerçekleştiremez; atıl bir örtü gibi dalgalanır ve her göğüs nefesinde yukarı çekilmeye izin verir; göğüs genişlediğinde karın şişmek yerine içe doğru çöker; inişli çıkışlı solunum adı bu nedenle verilir. Önceleri bunun oldukça tehlikeli olduğu ve hayati tehdit teşkil ettiği düşünülmekteydi. Briquet bir histeri vakasında böyle bir olaya belli belirsiz değinmiştir. Ben de kuyuya düşmesi sonucu tüm gövdesi felç olan bir genç kızda bu fenomenin ortaya çıkışına dair gözlemimi oldukça titiz bir biçimde tarif etmiştim.[4] Grafikte gördüğünüz gibi (Figür 17 ve 18) solunum dakikada 80 nefes oranında, yani çok süratlidir; T ile belirtilen göğüs solunumu grafiği ve A ile belirtilen karın solunumu grafiği paralel değil, uyumsuzdur. Söylediğim gibi diyafram felcinin bir işareti olarak, göğüs genişlediğinde karın şişmek yerine içe çöker. Bu vakadaki genç hasta kuşkusuz birtakım histerik rahatsızlık geçirmiştir ve bu fenomen, kanaatimce, aynı türdendir.



Figür 17. Bir polipne vakasına ait solunum grafiği. Dakikada 80 solunum ve uyumsuz solunum. İşaretler bir önceki figürdeki anlamlarıyla kullanılmıştır.

---

[4] "Névroses et Idées fixes," I, s. 329; II, s. 414.



Figür 18. Göğüs (T) ve karın (A) solunumları arasındaki uyuşmazlığın kanıtı olarak, kayıt silindirinin hızının artmasıyla alınan aynı solunumun bir başka grafiği.

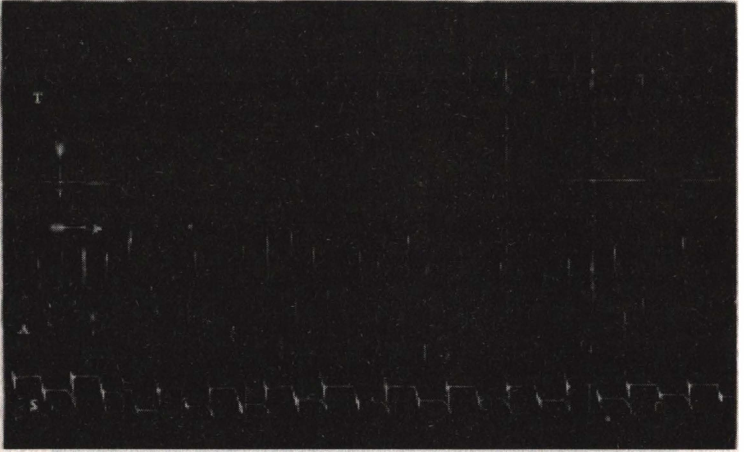
Fakat bunun histerideki mevcudiyetinin hâlâ tartışmaya açık olduğunu kabul ediyorum. Eğer bu mevcudiyet doğrulanırsa, eski fonksiyonların hemipleji ve hemianopide bozulduğu gibi, bazı ciddi histeri formlarında bozulabilecek diyafram hareketlerine göre daha eski, daha derin fonksiyonların olduğunu kabul etmek mecburiyetinde kalacağız.

II

Solunum fonksiyonundaki felçlere, her zaman olduğu gibi ve bildiğimiz kaidelere göre, otomatik ajitasyonlar da eklenir. Histeride fonksiyonlar hiçbir zaman tamamen yitirilmez; yalnızca serbest kalırlar. Hastanın iradesi dışında ve biraz absürt bir biçimde gerçekleşirler. Solunum fonksiyonunda birçok küçük ayrı fonksiyon bulunduğu için, her biri ayrı ayrı serbest kalıp çeşitli tiklere yol açabilirler.

İlk sıraya tüm solunumun abartılı hali olan *polipneyi* koyalım. İşte örnek bir vaka: A. bir limanda ustabaşı olarak çalışan otuz yaşında bir adamdır. Bir gün uzun bir direği kaldırmak için vinç kullanan işçilerin başındadır. Bir halatın koptuğunu, direğin alçaldığını görür ve işçilerin üzerine düşmekte olduğunu düşünerek çığlıklar atar. Kaza gerçekleşmez fakat bu duygu ile öyle yorgun düşer ki eve gitmek mecburiyetinde kalır. Ertesi gün tuhaf bir şekilde nefes aldığı fark edilir; solunum bozukluğu yavaş

yavaş ilerler ve aylar süren ciddi bir polipneye dönüşür. Görülmemiş bir hız ve kuvvetle solumayı sürdürür; göğsü ara vermeksizin çok hızlı ve çok kuvvetli bir biçimde inip kalkar. Nefesi normalde dakikada 18 iken, önce 88'e ardından 97'ye çıkar (Figür 19). Bu zorlu solunum onu tüketir, ter içinde bırakır ve hepsinden önemlisi zihin huzuru kalmaz. Hiçbir şey düşünmeden, nefes almaktan başka hiçbir şey yapmadan koltuğunda hareketsizce oturur. Dikkat ve solunum bozuklukları arasındaki daimî paralele de dikkat ediniz. Hasta hipnotize edildiği anda solunumu sakinleşir ve bu yöntemle hızlıca tedavi edilir.



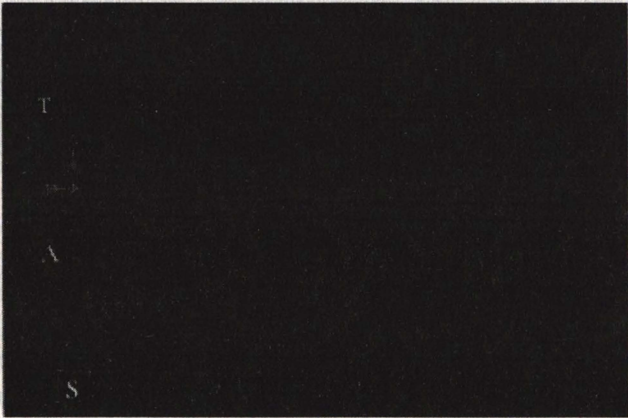
Figür 19. A.'nın polipne vakasının solunum grafiği.

Bu arada, sonradan geri döneceğimiz şu duruma da dikkat ediniz: Hastamızın iyileşmiş hali iki yıl devam eder, ardından küçük kızını kaybeder ve bu kederin sonucu olarak sizce hangi rahatsızlığa yakalanır? Değindiğimiz hastaların çoğunda olduğu gibi bir somnambulizm yahut bir kriz mi? Hayır; aynı polipne geri döner ve yine aynı şekilde tedavi edilmesi icap eder. Bu vakanın yanına belki de bir tecavüz teşebbüsünün ardından dakikada yetmiş defa nefes alan genç kızı ve bunun gibi pek çok vakayı koyabiliriz.

Tüm solunumun dahil olduğu aşırılaşmanın ardından şimdi de ayrıntıların aşırılaşmasını, şu veya bu fonksiyona ilişkin tikleri hızlıca sıralayalım. Öncelikle, bir dereceye kadar dispne ile ilişkili olan ve sürekli olarak *iç çekme* biçimini alacak olan *nefes*

alma tiklerine bakalım. Bu tikler biraz daha güçlü olduklarında *hıçkırma*, sonra da *esneme* biçimini alır. Epey komik olduğu düşünülen histerik esnemeye vaktiyle atfedilen önemi bilirsiniz. Esasında hiçbir şey bütün gün boyunca neredeyse çenelerini ayırırcasına dakikada iki ya da üç defa esneyen zavallı kızcağızlardan daha acayip değildir. Taklit ile bulaşmanın en iyi şekilde gözler önüne serildiği fenomenlerden biridir bu; aynı zamanda beslenme bozuklukları ile de alakası olan bir fenomendir.

Aynı şey son nefes alma tiki olan ve yine oldukça sık görülen *hıçkırık* için de geçerlidir. Hıçkırık bir glotis spazmı ile birlikte görülen çok hızlı nefes almadan başka bir şey değildir. Hava yeterince hızlı bir şekilde tekrar giremez çünkü soluma çok süratlidir ve glotis bir nebze kapalıdır; bunun sonucunda karakteristik bir ses çıkar ve tüm organların aspirasyonuna neden olan göğüs vakumu meydana gelir. Bu durumu hıçkırık grafiğinde görebilirsiniz (Figür 20): Her nefesin başlangıcında hıçkırık ortaya çıktığında, karna hava girer ve *T* ile ifade edilen göğüs ve *A* ile ifade edilen karın solunumu geçici olarak uyumsuz hale gelir.[5]



Figür 20. Sürekli hıçkırık vakasında solunum grafiği. Her solunumda, nefes almanın başlangıcında bir hıçkırma.

Birazdan değineceğimiz hava yutan hastalarda görülen *aerofaji* fenomeninde ve kusmada önemli bir rol oynayacaktır bu. Yalnızca hıçkırığın en sık görülen fenomenlerden biri olduğunu be-

---

[5] "Névroses et Idées fixes," II, Gözlem 100, s. 360.

lirtmekle yetinelim. Bu dersleri hazırlamak için notlarıma bakarken, yirmi dokuz adet aylar süren ciddi histerik hıçkırık vakası gözlemi saydım.

Nefes verme tikleri arasında öncelikle histerik öksürüğü, hastalığın başlangıcında pek sık görülen bu ufak fenomeni ele alalım. Bu hususta, durumun ilerleyişi üzerine klinik gözlemler mevcuttur fakat bunlar tecrübeden ibarettirler ve yeterince iyi açıklanamazlar. Bu nedenle bana göre histerik hıçkırık, seyri iyi öngörülemeyen ciddi bir fenomendir. Önemli bir histeriyi işaret eder; ona benzerlik gösteren histerik öksürük ise daha yaygın ve daha önemsiz bir fenomendir. Neredeyse her genç kız, şarkı söyleme çabaları, utangaçlık nöbetleri yahut belirli bir tip öksürüğün neticesinde engellenemez bir öksürük yaşamıştır. Bu fenomen yalnız bırakıldığında bir histeri başlangıcı ile mi yoksa yalnızca psikastenik bir tik ile mi karşı karşıya olduğumuzu söylemenin çok güç olduğu kanaatindeyim. Her zamanki gibi, böyle bir durumda duyarlılığın vaziyetine, bilinçsizliğin derecesine ve dikkat dağılmasının etkilerine dikkat ediniz.

Bir adım daha gidersek, histerik *kahkaha* ile karşılaşırız; yani gerçek histeri nöbetleri gibi saatler süren o bitmek bilmez gülme krizleri. Kahkahanın psikolojik açıdan teşkil ettiği problemi ve görünüşte bu kadar eğlenceli olan bu fenomenin talihsiz bilim adamları için ne eziyetli bir sorun olduğunu bilirsiniz. Kahkahanın her zaman sevincin dışavurumu olduğunu düşünmemelisiniz. Bazı histerik kahkahalar öyledir. Zayıf sinirleri olan bir genç kız geçireceği küçük bir cerrahi operasyon nedeniyle kloroformla uyutulur; bu basit operasyon sırasında etrafını saran hastanedeki genç öğrenciler sürekli şakalar yaparak genç kızı güldürürler. Muhtemelen kloroformun etkisiyle bu kahkahalar bağımsız otomatik bir fenomene dönüşür ve bir tik olarak kalırlar.[6] Fakat diğer vakalarda, kahkaha ıstıraba eşlik eder; sinirsel tükenmeye eşlik eder ve büyük hezeyan ataklarında gözlenir. Bu muhtemelen açıklaması çok güç olan bir sinirsel güç derivasyonu fenomenidir.

Bir derece daha ilerisinde de nefes verme daha şiddetli olduğu ve glotis spazmlarına eşlik ettiği zaman ortaya çıkan en çeşitli çığlıkları içeren, meşhur histerik havlamalar vardır. Bildiğiniz gibi Ortaçağda bu yaygın olarak görülürdü ve rahibe okullarında yüzlerce rahibe uluma, havlama, miyavlama gibi sesler çıkarırdı.

---

[6] "Névroses et Idées fixes", Gözlem 98, s. 352.

Onları susturmak için kızgın demirlerle tehdit etmeleri gerekirdi. Bu fenomen günümüzde bu kadar yaygın değildir ve böyle bir salgın yoktur fakat yine de çeşitli biçimlerde sıklıkla kendini gösterir. Çoğu vakada bu tik, sözünü ettiğimiz konuşma bozuklukları arasındaki bazı fenomenlerle karışmış haldedir. Havlama yavaş yavaş belirli bir sözcüğe, bir isme, şu veya bu küfre dönüşür.

Esasında, analiz ettiğimiz bütün bu tiklerin birbirleriyle karışabileceğini ve karmaşık fenomenlere yol açabileceğini anlayabilirsiniz. Bunlardan en ilginci az önce hıçkırıktan söz ederken değinmiş olduğum bir fenomendir. Hıçkırık, göğüs boşluğunda meydana getirdiği vakum vasıtasıyla yemek borusunda bir kuruluk oluşturur ve hastanın hava yutmasına neden olur. Üç ya da dört hıçkırıktan sonra mide hava ile dolar ve bu da başka bir durumu, bu gazın mideden erüktasyon yoluyla dışarı atılmasını beraberinde getirir. Bu nedenle, kolayca fark edebileceğiniz gibi, büyük hıçkırıklar her zaman ara ara farklı tonlarda meydana gelen erüktasyonlar ile kesilir. Hastalarımdan birinin düzenli olarak çıkardığı sesleri şu şekilde not alırdım: "niyup, niyup, niyup, zaa" devamlı aynı şekilde. Aynı hasta solunum bozukluklarını onlara bir de konuşma bozuklukları ekleyerek iyice karmaşık hale getirmişti. Hıçkırığının sesi genellikle çeşitli sözcüklere dönüşmekteydi; ara sıra "tamamdır" ve "tahadır" sözcüklerini tekrar ederdi –ikincisi hekimlerinden birinin ismini andırmaktadır. Hatta "niyup niyup" sesi de içinde "iyu iyu" şeklinde şarkı söyleyen yerlilerin olduğu romanı okumasının bir sonucu gibi görünmektedir.

Bu karmaşık solunum tikleri ile son derece ilginç bir fenomen olan, meteorma adı verilen karın şişmesi fenomenini ilişkilendirmek isterim. Bu fenomeni iyi bilmeniz gerekir, zira bu en yaygın ve korkunç tıp hatalarına meydan veren bir fenomendir. Çocuk sahibi olma özlemi çeken şu yeni evli genç kadınları bilirsiniz; regl kesilmiştir, karın büyür ve sertleşir, göğüsler sert ve koyu renk olur, bulantı ve kusma mevcuttur. Bir ebe çağırılır. Ebe, bebeğin kolunu hisseder ve doğum için bir tarih belirler. Bu tarih gelir ve hiçbir şey son bulmaz; bekleme devam eder. Bir gün, çocuğa ne olduğunu anlamak mümkün olmadan her şey ortadan kaybolur. Bu, dikkat edilmesi gereken ve yaklaşık on örneğini gördüğüm meşhur yalancı gebeliktir. Buradaki hata, vücuttaki bu şişliklerin çeşitli tümörlere yorularak ameliyat önerilen vakalara nazaran daha az önem taşır.

Ne var ki, bu karın şişkinliği kolayca açıklanabilen bir şey değildir; Charcot'nun dönemindeki eski teoriler bu durumu bağırsak duvarlarında gazların genişlemesine izin veren bir felç ile ilişkilendirirler. Günümüzde, şahsen ben bunun solunum fenomenleri ile ilişkisi olduğunu düşünmeye daha yatkınım. Bu fenomenlerden biri, alçalarak iç organları öne doğru sıkıştıran, fakat yalnızca küçük şişliklere meydan veren diyafram spazmıdır. Bir diğeri ise az önce sözünü ettiğim aerofaji ile alakalıdır. Kimi hastalar yuttukları havayı erüktasyon yoluyla dışarı çıkarırlar. Kimileri ise midelerini yukarı taraftan boşaltmayı başaramazlar; mide kapılarını açılmaya zorlayarak bu havayı bağırsaklarına gönderirler ki bu da çeşitli sindirim bozukluklarına ve özellikle de ishale yol açar; fakat aynı zamanda tüm karında kimi zaman aşırı boyutlara ulaşan şişkinlikler meydana getirir. Bu solunum rahatsızlıkları içerisinde başka birçok kombinasyon tasavvur edebilirsiniz.

III

Ancak, viseral rahatsızlıklar konusunu geçmeden önce, sözünü ettiğimiz beslenme fonksiyonuna bağlı olan diğer bazı önemli tikleri size kısaca anlatmak istiyorum. Bu beslenme tiklerinin birçoğu da bir solunum fenomeni ile birlikte karmaşık hale gelmektedir.

İlk olarak, kişisel bilinçten ayrılan beslenme fonksiyonu abartılı bir hale gelerek çeşitli bulimiya biçimlerine sebebiyet verebilir. Bulimiya hastaları yemeden duramaz; daima yiyecek bir şey isterler. Bulimiya olgusunun histeride mevcut olduğu doğrudur fakat dikkat ediniz; çoğunlukla psikastenik itkilerle alakalıdır. Zayıf düşmüş, bunalımlı, şu veya bu uyaranla kendilerini canlandırmak isteyerek bu maniyi edinmiş, az çok rastlantısal biçimde benimsemiş hastalar arasında görülmektedir.[7]

Kimileri daima yeme manisine sahiptir; kimilerinin ise –ki bunlar sayıca en fazla olanlardır- alkol tüketme manileri vardır. Ancak, histerik bir fenomenle ilişkili olan ve bilmeniz gereken bir mani biçimi daha var: Dipsomani ile karıştırılmaması gereken *polidipsi.* Dipsomanyak heyecan verici içecekler peşindedir ve asıl

[7] Pierre Janet, "On the Pathogenesis of Some Impulsions," *The Journal of Abnormal Psychology*, editör: Morton Prince, Nisan 1906, s. 3.

içmek istediği şey alkoldür. Polidipsik ise memnun edilmesi o kadar zor değildir; saf suya razıdır fakat günde yirmi litre kadar içer. Bu kadar fazla içmenin kaçınılmaz bir sonucu vardır: aşırı idrar yani *poliüri*. Bu hastaların bazıları günde on sekiz litre idrar yapar. Tuhaftır ki genellikle bu fenomenin kendisinden çok sonucuna vurgu yapılmıştır. Poliüri, nöropatik hastalarda karşılaşılan renal sekresyon bozuklukları arasında incelenir. Bense, bunun daha çok hezeyanlarla ya da sonsuzca içme itkisini ortaya çıkaran beslenme fonksiyonları bozuklukları ile ilişkilendirilmesi gerektiği kanaatindeyim.

Beslenme fonksiyonun önemli otomatizmlerinin ardından *çene ve yanak spazmı, farenks spazmı, sürekli tükürme ve tükürük salgılama tikleri* gibi bir dizi kısmi rahatsızlığa da değinmemiz gereklidir. Bazı melankoli hezeyanlarında sık görülen salya artışı histeride de mevcuttur. Geçen derste değindiğimiz yemek borusu spazmlarının üzerinde durmuyorum. Az önce hıçkırık ile ilgili olarak sözünü ettiğim *erüktasyon* ve püskürtme tiklerini de biliyorsunuz. Fakat bu fenomenin *regürjitasyon* yahut *merisizm* adı verilen bir komplikasyonuna dikkatinizi çekmem gerekir. Bu hastaların bazıları tıpkı inekler gibi geviş getirmeyi öğrenirler. Yuttukları besini ağızlarına nasıl geri getireceklerini bilirler. Bunun yemek borusu hareketinin tersine çevrildiği tuhaf bir fizyolojik fenomenden ileri geldiği söylenmiştir. Ben ise bunun anormal solunumlar vesilesiyle tetiklenen tuhaf *aspirasyon* fenomenlerinden biri olduğu kanaatindeyim. Glotisi kapatıp, havanın akciğerlere girmesini önlerken çok hızlı bir şekilde aspirasyon hareketi yapılırsa, göğüste her tarafa etki edebilecek bir vakum oluşur. Bir zamanlar Paris'te meşhur olan bir kimse, bu şekilde anüsünden hava çekerek melodili bir şekilde dışarı çıkarabiliyordu. Birçoklarının bu şekilde yemek borularına hava çektiklerini biliyoruz. Fakat yemek borusundaki aspirasyon ters yöne işleyerek mide içindekileri dışarı atabilir. Bu mekanizmanın gerçekten mühim tek fenomen olan aşağıdaki fenomende, yani *histerik kusma*da daha da büyük bir öneme sahip olduğunu göreceğiz.

Histerik kusma neredeyse anoreksiyanın kendisi kadar ciddidir. Hiç kuşkusuz birçok ölüme sebep olmuştur. Neredeyse her zaman önceki tüm bozuklukları karmaşıklaştırır. Bu kusma nadiren katışıksızdır; başka bir deyişle yalnızca histeriye bağlı olması ender görülür. Başlangıçta söylediğim gibi, günümüzde hekimlerin dikkati daha çok ilintili olan histeriye, histerinin başlangıç

noktasındaki organik hastalıklara ya da bunun lokalizasyonlarına yönelmiştir. Mathieu ve Roux, yakın bir zamanda *Gazette des Hôpitaux* içerisinde bir makalelerinde yine histerik kusmaya ilişkin bu husus üzerinde durmuşlardır.[8] Hemen hemen her zaman başlangıç noktasında fenomenin ortaya çıkmasını tetikleyen organik bir hastalık olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu *primum mobile,* hamilelikteki kusmalar, alkol kaynaklı ya da her türlü gastrit ve hepsinden önemlisi, birazdan tekrar sözünü edeceğimiz mide ülserleri olabilir.

Fakat her koşulda bu fenomeni niteleyen şey kaynak olaydan çok sonra kusmanın süresiz ve düzenli bir şekilde tekrar üretilmesi ve aşırılaşmasıdır. Bu kusma esasında son derece hızlı ve basittir; öğünün hemen arkasından gelir; çok az bulantı eşlik eder ve hiç çaba gerektirmez. Her türlü yiyecekte tekrar eder ve en tehlikeli zafiyet tipini meydana getirir. Aynı zamanda, bu tür vakalarda, neredeyse her zaman histerik zafiyetleri sonlandıran tüberküloz komplikasyonları da eklenir. Hastaların kusmanın durdurulmasına dayanamaz görünmeleri de epey karakteristik bir fenomendir. Herhangi bir yöntemle kusmaları engellendiğinde, ıstırap çekerler, tedirgin olurlar, binlerce sıkıntıdan yakınırlar ve nihayetinde büyük bir histeri atağı ile şuurlarını kaybederler. Birçok hasta bu nedenle hezeyan atakları ve tekrar eden kusma arasında seçim yapmak durumunda kalır. Bu tam da artık kontrol edemedikleri otomatik bir ajitasyonun özelliğidir.

Eskiden görünüşte çok ciddi bir hastalık olan *kan kusma* daima histerik kusma ile birlikte düşünülürdü ve bu hematemezler tereddüt etmeksizin histeri ile ilişkilendirilirdi. Pek yerinde bir tespit ile bu hematemezlerin hemen hemen her zaman reglin başlangıcına denk düştüğü fark edilmişti ve genellikle bu kadınların adet kanamalarının midelerinden olduğu söylenirdi. Günümüzde nöropatik gastrit kanamalarına ilişkin bu anlayış yok olma eğilimdedir ve hekimler kanamaların sebebinin farkına varılmamış mide ülserleri olduğunu söylemeye daha yatkındırlar. Önceleri tanı koymaya yaradığı söylenen semptomların değerleri azalmış gibidir. Yemekten çok sonra ortaya çıkan ağrı, düzensiz paroksistik krizler, regl ile ilişki, hatta duygularla ilişki; bunların tümü ülserde de görülmüştür. Kuttner, 1895'te, ilk kez, bir akra-

---

[8] A. Mathieu ve J. CH. Roux, "L'Hystérie Gastrique," *Gazette des Hôpitaux,* 22 Şubat 1906.

basının ölümünün ardından kan kusan bir hastaya değinmiştir. Midesini kesip açmak durumunda kaldığında gerçek bir ülser bulmuştur. Başka bir kadın, kızının bir tartışma sonrası temelli evi terk etmesinin ardından, başlangıçta tereddüt etmeden duygusal nöropatik bozukluklar ile ilişkilendirilen bir kan kusma hadisesi yaşamıştır. Bu kadının da midesi açıldığında yine ülser bulunmuştur. Bu durum üzerine çok iyi yapılan bir tartışmayı Mathieu ve Roux'nun çalışmasında bulabilirsiniz. Bununla birlikte, yazarlar yalnızca histerik olan hematemezlerin mevcudiyetini tamamen reddetmekte tereddüt ederler. Hemorajik pituitlerde, kan lekesi görülen fitüitöz kusmalarda, deride ve kulakta görülen çoklu kanamalarla birlikte görülen hematemezlerde bunu kabul ederler. Öyleyse neden bazı vakalarda bu kanama karakterinin midede lokalize olduğu kabul edilmesin?

Fakat günümüzde daha önceki gibi kolaylıkla kabul edilmemesi gereken bu tanıda ihtiyatlı davranınız. Bu hastaların kimilerinde görülebilen fekaloid kusma yahut daha tuhaf kusmalar ile karşı karşıya olduğunuz zaman da aynı ihtiyat, hatta daha büyük bir ihtiyat gereklidir. Neredeyse her zaman nasıl tanımanız gerektiğini bilmeniz gereken taklitler veya hezeyanlar nedeniyle meydana gelirler. Az önce betimlediğimiz hakiki beslenme ve solunum tiklerinin listesi yeterince uzundur ve şüpheli fenomenler ile bu listeyi karmaşıklaştırmaya lüzum görmüyorum. Günümüzdeki histeri çalışmalarının özelliklerinden bir tanesi bu hastalığı eskisine nazaran daha net bir biçimde sınırlamak ve muğlak yahut başka bir hastalıkla ilintili fenomenleri hariç tutmak için gösterilen gayretlerdir. Histeri semptomlarını yeterince eksiksiz şekilde tamamladık ve artık bu hastalıkların yaygın özelliklerine dair daha genel çalışmalara geçebiliriz.

XIII
Histerik Stigmalar – Telkine Açıklık

Histerik fenomenlerin çeşitliliği durumunda bütünlüğün gereği – Stigmalar sorunu – Anestezi stigması – Bu stigmanın tarihi önemi – Bu stigmanın aşırılaşması – "Stigma" sözcüğünün iki anlamı – Psikolojik stigmalar – Histeri hastalarının karakteri –İçgüdüsel sahtecilik – Telkine açıklığın zihinsel stigması – "Telkin" sözcüğünün açık anlamı – Telkinin temel unsurlarının tasviri - İradenin veya kişisel bilincin katılımı olmadan, bir düşüncede yer alan unsurların tam gelişimi – Hakiki telkin ve normal fenomenler arasındaki ayrım – Telkinin koşulları – Görüntülerin sistematikleştirilmesi – Normal insanlarda gerçek anlamda telkinin olmaması – Bilincin zayıflaması, sentez yoksunluğu – Bir histeri işareti olarak telkine açıklık – Histerinin tedavi edilmesinin ardından telkine açıklığın ortadan kalkması

Çok sayıda histeri rahatsızlığının hızla incelenmesi zihinlerimizde kaçınılmaz sorunlar meydana getirir. Bunlardan en önemlisi ve sanıyorum ki her türlü çalışmada insan zihni için daima en eziyetlisi, bütünlük problemi, bütünün algılanması, temel ve esas karakterin algılanması problemidir. Histeri hastalarını betimleyen ilk yazarlar daima bu hastaların semptomlarının karmaşıklığı ve çeşitliliği ile karşı karşıya kalmışlardır. "Bu bir hastalık değildir," demiştir içlerinden biri, "bir dizi rahatsızlıktır." Üstelik, bildiğiniz gibi Sydenham, histerinin değişebilirliğini "ele geçirilemeyen o Proteus" şeklinde ifade etmiştir. Kimi zaman, somnambulizmlerde gördüğümüz üzere hezeyanlar biçimini alır ve bu noktada zihinsel hastalıkların alanına gireriz. Kimi zaman bize eklem ve kas lezyonlarını düşündüren kol ve bacak rahatsızlıkları sergiler. Kimi zaman ise mide yahut akciğerlerde bozukluklarla karşılaşırız ve iç organ hastalıkları, gastritler ve zatürreler ile baş etmemiz gerekir. Aralarından en iyileri dahi bu hastalıktan nefret ettiğine göre, hekimlerin şaşkınlığını anlayabilirsiniz. Hastalığın kötü şöhretini ortadan kaldırmaya çalışmamışlar zira bilimsel tatminsizlikleri onları huzursuz etmiş, hastaya karşı tahammülsüz hale getirmiş ve onu numaracı ve sahtekâr olarak

görmeye itmiştir. Oldukça doğal bir şaşkınlıktan ileri gelen bu eğilime tepki çok yavaş ortaya çıkmıştır. Gelen en iyi yanıt histeriyi anlaşılır kılmak ve dağınık rahatsızlıkları birbirine bağlayarak, aynı anda hem açıklamaya hem birbiriyle bağlamaya hem de tanı koymaya ve tanımlamaya yarayan bazı temel özellikleri tüm bu rahatsızlıklarda bularak ona bir bütünlük kazandırmak olmuştur.

Histeri üzerine yapılan çalışmalarda olduğu kadar hiçbir yerde ciddi olmayan, çeşitlilik durumunda ortaya çıkan bu bütünlük ihtiyacı, her tıbbi araştırmada bir bütün olarak mevcut olan bir sorunu, *stigmalar sorununu* bu çalışma özelinde daha da genişletmiştir. Muazzam farklara rağmen somnambulizm, felç ve kusmanın üçünün de histerik fenomenler olduğu kabul edilirse, aralarında ortak olan bir şey olması gereklidir. Üç hastada da gözlenen semptomun başlangıç noktası olan ve rahatsızlığın histerik karakterinin teşhis edilmesine yarayan ortak bir özellik tespit edilmelidir. Bu ortak özellik stigmadır ve histerinin bilimsel çalışmasının başlangıcından beri, bütün kayda değer hekimlerin tüm dikkatinin stigmanın incelenmesine ve araştırılmasına yönelik olduğu söylenebilir.

I

Kuşkusuz bu stigma epey değişiklik gösterir, zira ele alınan hastalıklar üzerinden her dönemin teorilerini yansıtmaktadır. Histerinin esas stigması kâh konvülsif atak, kâh histerik haykırış olmuştur. Histerinin asabi kadınların haykırışlarından tanındığını göreceğiniz 19. yüzyılın başlangıcında yazılmış kitapları şaşkınlıkla okuyacaksınız. Yaklaşık elli yıl geçtikten sonra daha önemli karakterler baskınlaştı ve bildiğiniz gibi, özellikle de Charcot ekolünün etkisiyle birlikte, bir semptom en önde gelen stigma haline geldi; bu semptom anestezidir.

Bu semptomun seçimi ile bilinçsiz bir şekilde de olsa bir eskiye dönüş meydana gelmiştir. Ortaçağda cadıları ve cinlileri yakmadan önce mümkün olduğunca iyi bir şekilde ayırt etmek için bir tür teşhis koymaları gerekmekteydi; kullandıkları acayip yöntemi biliyorsunuz. Bir hekim yahut uzman bir kadın, kurbanın vücudunun her yanını muayene ederdi ve *şeytan pençesi* adı verilen cadılığın kesin işareti olan hissiyatsız parçayı bulmak için keskin bir iğne ile duyarlılığı test ederdi. Şeytanın kendini en

kuytu yerlerde gizleme gibi bir huyu bulunduğu için şüphelinin her yanını dip bucak incelerlerdi ve deri ile birlikte mukozaların duyarlılığı da muayene edilirdi. Bu durum hakikaten çok ilginçtir ve yeterince takdir edilmemiş içgüdüsel bir tıbbi kavrayış gösterir. Eh, denebilir ki Charcot da bizi, meşhur engizitör Bodin'in zamanına geri götürmüştür ve artık bizler de kliniklerimizde o cadı arayan kadın ile bir nebze de olsa benzerlik göstermekteyiz. Hastanın gözlerini bağlarız, başını çeviririz, derisini tırnağımızla ovalarız, aniden gizli bir iğne batırıp tepkilerini ve ağrının nerede başlayacağını gözleriz; manzara pek değişmemiştir.

Bu araştırma, birçok vakada histerik semptomların çoğuna çeşitli anestezilerin eşlik ettiğini hekimlerin tespit etmelerini sağlamıştır. Uzuvlardaki felç yahut kontraktür vakalarında, kutanöz duyarlılık ya da daha da iyisi –zira çok mühimdir- kas duyarlılığına ilişkin olması hususunda fenomen oldukça açık ve düzenlidir. Duyusal bozukluk vakalarında, anestezi çoğunlukla perifende epey belirgindir; kimi zaman ise, görüş alanı daralmasında olduğu gibi, araştırmacının nasıl arayacağını bilmediği son derece ilginç biçimler alarak gizlenir. Felçten çok ajitasyon olan viseral rahatsızlıklar ve bazı motor bozukluklarda, mesele daha hassas hale gelir. Genellikle bölgedeki yüzeysel anestezi alttaki hastalıklı organa işaret eder fakat dürüst olmak gerekirse bu her zaman için doğru değildir. Önemli zihinsel rahatsızlıklarla, somnambulizmin tüm o sayısız biçimleriyle baş etmek durumunda kaldığımızda, Charcot'nun aradığı anestezi çoğunlukla karşımıza çıkar, fakat mutlak kuralı teşkil etmez.

Histerinin anestezi ve görüş alanındaki daralma ile karakterize edilmesinden oluşan yöntem tıbbın büyük ilerleme kaydetmesini sağlamıştır. Birbiri ardına bir grup bilinmeyen histeri semptomunun, özel spazmların, tremörlerin, lokalize ağrıların vs. keşfini beraberinde getirmiştir. Peki tıptaki bu hakimiyetin devam etmesine lüzum var mıdır ve anestezi temel semptom mu yapılmalıdır? Bu husus üzerine tartışma Charcot'nun öğretisinin en başından başlamıştır; muhalifleri –ki sayıları epey fazlaydı- daima Charcot'nun bu semptomu yorumlayışına karşı çıkmışlardır. Özellikle Almanya'da demiryolu kazalarına bağlı olarak başlayan travmatik nevrozlara ilişkin büyük ve iç içe geçmiş tartışma, bu soruya dayanır. Bu eleştiri büyük ölçüde haklı çıkmıştır zira histerik anestezi pratikte Charcot'nun iddia ettiği mutlak hâkim rolü katiyen oynamamaktadır.

Her şeyden önce, bu anestezinin tanınmasının sanıldığı kadar kolay olmadığı su götürmez bir gerçektir. Görmüş olduğumuz üzere, hastanın yanıtlarının yorumlanmasını genellikle çok güç kılan oldukça hassas psikolojik özellikleri vardır. Fakat hepsinden önemlisi oldukça hareketli ve etkiye açık durumdadır. Bir bakarsınız yalnızca muayeneniz bile gerçek bir anestezinin ortadan kaybolması için yeterli olur; kimi zaman ise –ve bu daha ciddidir – sorgulama biçiminiz mevcut olmayan bir anestezi peyda eder. Stigma çalışması, hastanenin temel direkleri halini alan, binlerce kez muayene edilmiş eski hastalar üzerinde olduğu kadar hiçbir hastada başarılı olmaz. Daha önce temasa geçilmemiş yeni hastalar ile karşı karşıya geldiğinizde şaşırarak anestezinin daha ender görüldüğünü ve Charcot'nun söylediğinden daha az öneme sahip olduğunu fark edersiniz. Bu noktada, daha önceleri La Salpêtrière'in etkisi altında iken anesteziye şimdi verdiğimden daha fazla önem verdiğimi itiraf ediyor ve af diliyorum.

Peki stigma olarak anestezinin rolüne dair nasıl bir sonuca varmalıyız? Her birini anlamalıyız ve çok zor olan gözlem bilimlerinden bize mutlak teoremler sağlamasını beklememeliyiz. Kanaatimce, "stigma" sözcüğünün iki anlamı birbirinden ayrılmalıdır. İlk olarak, kelimenin teorik bir anlamı vardır; hastalığın geri kalanını meydana getiren esas karakteri, nedensel karakteri ifade eder. Örneğin, bir tüberküloz lezyonunu ele alırsak, gerçek stigma, Koch basili olacaktır; çünkü bizler onu, en azından günümüzde, ne kadar çeşitli olursa olsun sayısız lezyonun sebebi olarak görmekteyiz. Hipotez doğrulanırsa, Schaudin'in soluk spiroketinin frengideki mevcudiyeti için de aynı şey geçerli olacaktır. O halde, anestezinin histeride bu rolü oynamadığını, bu hastalığın mikrobunu bilmediğimizi, muhtemelen böyle bir mikrop olmadığını ve dokusal lezyonunu da bilmediğimizi kabul etmek mecburiyetindeyiz. Bu açıdan, Charcot'nun stigması başarısız olmuştur.

Ancak stigma sözcüğünün daha pratik olan ve yalnızca tanı koymaya yarayan başka bir anlamı daha var. Anestezi histerik rahatsızlıkların üçte ikisine eşlik etmektedir. Ayrıca rahatsızlığın ortadan kaybolmasının ardından uzun süre devam etme özelliği de var. Sonuç olarak, halihazırda ciddi bir fenomen sergileyen neredeyse tüm histeri hastaları, geçmişte, bir anestezi izi bırakan rahatsızlıklar geçirmişlerdir. Muayene ettiğim bir hastada şaşırtı-

cı bir zihinsel ve duyumsal bozukluk gözlerim ve hemianestezi izleri bulurum. Bu, hastanın hayatının bir noktasında küçük veya büyük bir histerik hemipleji vakası geçirmiş olduğu anlamına gelir. Hastada, haberinin dahi olmadığı bir görüş alanı daralması tespit ederim ve bu bir noktada histerik amoroz geçirmiş olduğunu bana kanıtlar. Anestezinin hastalığın kaynağı olduğuna hiç inanmasam da bu tespit mevcut rahatsızlığın yorumlanmasında son derece büyük bir önem arz etmez mi? Tıpta stigmalar çoğu zaman Koch basili kadar ciddi değildir. Ciddi bağırsak rahatsızlıkları ve ateşi olan bir hastayı muayene edersiniz; göğsünde küçük pembe mercimek tanesi şeklindeki lekelerden var mı diye bakarsınız ve eğer bulursanız "Tifo olmuş." dersiniz. Fakat bu lekelerin tifonun gelişimindeki rolünü bilmezsiniz.

Dolayısıyla, Charcot'nun anestezisinin tanı koymak için bakılması gerekenler arasında birinci sırada yer alan oldukça önemli bir stigma olarak kalması gerektiği görüşündeyim, ancak yine de histerinin tek yahut esas semptomu değildir. Herhangi bir anestezi saptamasak da histeri ile ilişkilendirdiğimiz bazı sorunlar ve semptomlar vardır. Stigma rolü oynayan başka fenomenleri de daha derinden araştırmamız gereklidir.

II

Anestezi, hekimleri memnun etmişti çünkü bu semptom bir bakıma fiziksel ve ruhsal fenomenlerin arasında bir yerdeydi. Histerinin tamamen zihinsel bir hastalık olduğundan büsbütün emin olamamışlardı. Daima öyle olduğunu iddia ettilerse de esasında bu iddiayı çabucak unutup fiziksel yöntemlerle değerlendirdikleri fiziksel semptomların üzerinde durmayı yeğlediler. Histeri artık açıkça zihinsel bir hastalık haline geldiğine göre stigmaları aramamız gereken yer zihindir ve tüm rahatsızlıklarda görülen daha genel stigmaları ancak zihinde bulma şansımız olabilir.

Bilim adamları histerik bir zihin durumunun mevcudiyetini epeydir sezmişlerdi; bildiğiniz üzere histerinin özellikleri üzerine tezler yazmak pek revaçtaydı. İlk olarak Legrand du Saulle, Ballet, Moebius, Tardieu ve Richet gibi isimlerin çalışmalarında bazı ilginç ve çarpıcı, fakat tabii biraz da istisnai özellikler açığa çıkarılmıştı. Zavallı hastalarımızın pek talihi yoktu. Eskiden cadı diye yakılırlardı; sonraları her türlü düzenbazlıkla suçlandılar; ar-

dından, daha makul bir tutum hâkim olduğunda aşırı derecede değişken oldukları; hile, yalan ve *aralıksız kandırmaca* huylarının dikkate değer olduğu söylenmekle yetinildi. Şöyle diyor Tardieu: "Bu hastaları niteleyen ortak bir özellik vardır; içgüdüsel kandırmacadır bu. Hiçbir sebep bulunmazken ve yalnızca yalan söylemiş olmak için durmaksızın yalan söylemeye karşı kökleşmiş ve bitmek bilmeyen bir gereksinimdir fakat yalnızca sözlerde değil; aynı zamanda, hayal gücünün baş rolü oynadığı, en akıl almaz hadiselere ve kimi zaman en feci aşırılıklara yol açan bir tür gösteri ile eylemlerde de kendini gösterir." Böylelikle sahtecilik, histerinin stigması haline gelmiştir.

Gülmeyiniz; bunu ciddiye alan pek çok hekim hâlâ bulunur. Kuşkusuz histeride sahtecilik mevcuttur; üstelik çoğu zaman oldukça komiktir de. Zihinsel bozuklukları incelerken bir dersi sahtecilik vakalarına ayıracak zamanımızın olmamasından büyük esef duyuyorum. Bu türden iki ya da üç hasta tanıdım; bunlardan özellikle bir tanesi sahiden müthiştir. Bu zavallı kadın tüm hayatı boyunca -yani otuz yıl – sahteciliğe, ama özellikle de mektup sahteciliğine abartılı bir gereksinim duymuştur. En büyük mutluluğu âşıkane yazışmalar tasarlamaktır; bir adama yahut kadına, gezintiye çıkmışken aniden ona vurulduğunu belirten fevkalade mektuplar gönderir. Müthiş olan ise bu mektuplara daima inanılmasıdır. Beyefendi *poste restante* şekilde yanıt verir ve hasta da aylarca veya yıllarca bu yazışmayı sürdürür. Üzücü olan, bunun mahkemede son bulmasıdır fakat yine de gözlem yayınlanmayı hak eder.

Sahtecilik, fikrimce, nevroza dönük zihinsel rahatsızlıklardan bir tanesi, tıpkı somnambulizmler yahut füjler gibi histeri hastasının çok ağır ya da hafif bir derecede geçirdiği hezeyanlardan biridir; diğer bir deyişle ambulatuvar nöbetlerdir. Ancak tüm hastalarda füj görülmediği de bilinen bir gerçek. Aynı şekilde sahtecilik dediğimiz zihinsel rahatsızlığı da muhakkak tüm hastalar yaşamazlar. Bu rahatsızlığın görülme sıklığı çokça abartılmıştır. Öyle sık sözü edilmiştir ki nihayetinde hastalar rahatsızlığı geçirmeleri için adeta eğitilmişlerdir. Vaktiyle, Legrand du Saulle, tüm histeri hastalarının saçlarında kırmızı çiçekler ve karyolalarına bağlı kırmızı kurdeleler olduğuna kani olmuştu; sonunda hastaları da buna inandırdı. Fakat yalnızca psikolojik rahatsızlıklara verilmesi gereken önemi ortaya koyan bu ilk zihinsel stigmalar üzerinde daha fazla duramayız.

Aslına bakılırsa, modern çalışmaların kanıtladığı en büyük zihinsel stigma, *telkin* dediğimiz zihinsel fenomendir. Hiç şüphesiz, özellikle Babinski'nin son eserlerinde bu fenomene verilen önemin biraz abartılı olduğunu düşünmeye başladım, fakat bu abartının göz ardı edilebileceği ve telkinin sahiden de histerik durumun en temel stigmalarından biri olduğu kesindir. Bununla birlikte, bu fenomeni tam olarak tanımlamak ve kelimeye belirgin bir anlam vermek gerek, zira hekimler onu son derece muğlak bir şekilde kullanma ve bu kelimenin altına tüm olası zihinsel fenomenleri dâhil etme alışkanlığına sahiptirler.

Telkinin temel fenomenlerini hatırlatmamız gerekmez; onları gayet iyi bilirsiniz. Herhangi bir yöntemle; duyularla, işaretlerle ve özellikle de konuşma ile hastanın zihnine nüfuz etmek için bir fikir oluşturursunuz. Buna dikkat ediniz; ortada bir fikir olması gerekir. Hasta, bir düşünceye, belirli bir şeyin kavrayışına sahip olmalıdır. Bu fikir, genellikle normal zihinlerde olduğu gibi kendi kendini yürütür gibi görünmez.

Biri kafamıza bir fikir soktuğunda, bunu bu fikirle alakalı başka düşünceler, bazı az çok belirsiz imgeler, birtakım jest yahut bazı tam oluşmamış hareketler izler. Bana Niagara Şelalesi'nden söz ederseniz, bu güzel manzaradan birkaç sahneyi soluk bir biçimde, bir tür yarı gölge halinde görmekten kendimi alamam. Eğer sakin bir ortamdaysam, bu hatıra üzerinde biraz daha durabilirim ve seyahatime dair birkaç ayrıntıyı daha anımsayabilirim. Gördüğüm imgeler daima soluktur ve söylediğim kelimeleri kendi kendime söylerim. Gerçekte bu şelalenin karşısında olmadığımı ve onu sahiden görmediğimi gayet iyi bilirim. Bana dans etmekten, balolardan, ritmik müzikten söz ederseniz, bu fikir içimde bugün bile ayaklarımı hareket ettirme meyli ve ritim duygusu uyandırır. Hatta biraz daha ileri gidip ayaklarımla tempo tutabilirim. Fakat korkmayınız, salondaki kimse bunun farkına varmaz, zira bu hareket yalnızca benim algılayabileceğim kadar ufaktır. Fikirler zihnimizde uyandığında işler işte böyle yürür.

Ancak, sahiden telkine açık kişilerde bu böyle değildir. Fikir, dönüştürülmüş ve bir anda başka bir psikolojik fenomen, bir davranış veya bir algı haline gelmiş gibidir. Hatta, bu kişiler uzuvlarını derhal dışarıdan görünür şekilde hareket ettirmeye başlarlar. Sahiden ayağa kalkıp dans ederler; yürür, koşar, zıplar, mücadele eder, ağlarlar. Kendilerini nesneyi yalnızca düşünmek-

le sınırlayacakları yerde, onu gerçekten görür yahut duyar gibidirler. Fikirlere değil de algılara sahiplermiş gibi davranırlar; hayali sözlere karşılık verirler; yüz ifadeleri bir şey duyan bir kişinin yüz ifadesidir. Eğer onlara sorarsak bize hiç tereddüt etmeden Niagara'yı karşılarında gördüklerini ve çevrelerindeki şeyleri normal bir şekilde görmelerini bütünüyle silecek kadar bu manzaranın büyük bir yoğunlukta olduğunu söylerler.

İlk fikre başka fikirler de bağlanır; bunlar da aynı yoğunluktadır ve aynı şekilde eylemlere ve algılara dönüşürler. Hastalar bütün bir seyahati adeta yaşarlar; şelalenin kenarından, köprünün üzerinden, vadinin altından geçerler; su yüzlerine çarpar. Bir araya gelen tüm bu düşünceler zihinlerinde çok yakın bir bağ oluşturur ve o andan itibaren bunlardan bir tanesini anımsamak diğerlerini de meydana getirir. Artık "Niagara" kelimesini telaffuz etmek gerekmez. Yalnızca belirsiz bir ses tüm bu hayali ortaya çıkarır. Bu çağrışımlar telkinler için oldukça önemlidir, zira şu veya bu uyarıma karşı hastaların verdiği belirli tepkileri tayin ederler. Dolayısıyla, böyle bir hasta, bir elektrikli cihaz gördüğünde veya bir mıknatısa temas ettiğinde, uzuvları konvülsiyon ve kontraktür alışkanlığını kazanmış olabilir. Cihazın elektrotlarını kollarına koyduğunuz anda, akım olmadığında dahi, bu hastaların kaslarında titremeler meydana gelir. Kimileri de uzuvlarına temas eden altın, gümüş yahut demir plakalar gördükleri zaman yanma veya soğuma hissiyatı tecrübe eder ya da rahatlama hissederler. Birçok korkunç tıbbi hataya yol açan şey de budur. Heyhat, Dumontpallier'in anlattığı metalik plakaların, reçine levhaların, nefesin, hastaya doğru uzatılan ellerin etkileri üzerine yazılmış o kalınca kitaplar ne oldu şimdi?

Telkinin bir diğer önemli özelliği de viseral alanda kendini gösterecektir. Bazı fikirler içimizde kuşkusuz birtakım viseral duyum, hafif bir bulantı yahut bazı vezikal hissiyatı da uyandırır, fakat bütün bunlar, tıpkı dans etme hissi gibi, oldukça küçük çaplıdır. Düşünceleri iç organlara nüfuz ettirmenin bu hastaların başlıca özellikleri olduğu söylenmiştir. Kusma fikri gerçekten kusma meydana getirir, saf su ile hayali bir temizlenme gerçek bir ishale neden olur; regl kanaması *mica panis* hapları* ile durdurulur yahut başlatılır. Bu da yine oldukça önemli bir olgudur, zi-

* Latince "Ekmek Kırıntısı" anlamına gelen, ekmek ihtiva eden plasebo etkili ilaçlar –çn.

ra birçok durumda hastada gözlenecek olan hakiki rahatsızlıklara çok yaklaşır.

Çeşitli vakalarda meydana gelen temel fenomenleri genelleyebiliriz. Somnambulizmlere ilişkin daha önce de söylediğimiz gibi, fikir daima, her biri farklı kas ve iç organ özelliklerine sahip bir imgeler sistemidir (ilk dersteki Figür 1'e bakınız). Normal bir insanda, daima çok sayıda olan bu sistemler birbirini durdurur ve gelişmez. Telkinde, her fikir içerdiği her şeyi imgeler, kas hareketleri ve viseral fenomenler yoluyla açığa çıkararak azami noktaya kadar gelişir gibi görünmektedir. Bir fikrin içerdiği tüm unsurların *tamamen gelişmesi* bu fenomenin en temel özelliğidir.

Bu gelişimin kimi zaman bizde de vuku bulabildiğini söyleyebilirsiniz. Bir ressam, bir roman yazarı, fikirlerini geliştirir, tüm unsurlarının peşine düşer ve onları mümkün olduğu kadar canlı kılar. Bir işi gerçekleştirmeye çalıştığımızda hepimizin yaptığı bir şeydir bu, zira ancak o zaman fikir uzuvlarımızda fiziksel hareketler meydan verir. Bir kitabı arama fikri onu sahiden aramamı sağlar. Bu bir gerçektir fakat tüm bu vakalarda, gelişim yalnızca belirli bir mekanizma ile gerçekleşir. Tali bir güç, fikre irade tarafından eklenir; bu güç dikkattir, kişiliktir. Bu sözcükler içimizde tüm geçmişimiz tarafından oluşturulan oldukça güçlü bir eğilimler topluluğunu temsil eder ve bu eğilimler tek başına ziyadesiyle zayıf olan fikri kuvvetlendirmek için eklenir. Fikrin gelişiminin sanatçıya mal olduğu güçlüğü, istemli ve bilinçli çabayı bilirsiniz.

Telkinde böyle bir şey yoktur. Hastanın sarf ettiği bir çaba, geçmiş eğilimlerinden gelen bir güç, kişiliğin bir uğraşı bulunmaz. Bilakis, kişi, içinde olup biten gelişimin farkına varmaz gibi görünmektedir. Sıklıkla belirtildiği üzere, telkinler sona erdikleri anda unutulur. Gerçekleşmekte oldukları zaman, hastalar, telkinlerin pek az bilincinde gibi görünürler. Çoğu zaman bilmeden, bilinçaltında gerçekleştirirler. Bu hususta, bu tür hastaların gerçekleştirdiği her fenomenin telkin olmadığını vurgulamak büyük önem taşır. Tıpkı normal insanlar gibi bizim arzumuza uyum sağlama dürtüsüyle de hareket edebilirler; itaat etme, kendilerini bizimle bütünleştirme isteğinin, menfaatlerinin yahut cezalandırılma korkularının verdiği güç de buna eklenir. Hastanede yatan, korkutulmuş, şaşırtılmış ve hekiminin canını sıkmamak maksadıyla bütün budalaca hareketleri yapmak için acele eden bir hastanın telkinle kuşatılmış bir kişi olduğu söylenmemelidir. Ortada

bir telkin olabilmesi için, gelişimin bütün bu olağan sebeplerinin eksik olması gerekir ve *hastanın kişisel bilincinin ya da istencinin hiçbir katkısı olmaksızın fikrin aşırı gelişmesi* elzemdir.

Bu tanımı aklınızdan çıkarmayınız; bu tür psikolojik çalışmalara apar topar girişen birçok yazar, fenomenin yalnızca ruhsal yanını belirtmekle yetinir. Telkinin hasta zihnine nüfuz eden ve orada duran bir fikir olduğunu söylerler. Bu çocukçadır. Sıklıkla göstermeye çalıştığım gibi, zihne giren her fikir bir telkin değildir. Bunu kendi kendimize fark ederiz. Eğer telkin fenomeni karşısında hayrete düşüyorsak bunun sebebi fenomenin anormal ve istisnai bir şey ortaya koyduğunu düşünmemizdir. Hastalar da bunun farkındadırlar. Zihinleri tüm gün boyunca telkinlerle dolu değildir. İçlerinde telkin olan şeyi olmayandan ayırt etmeyi gayet iyi bilirler. Hastalarımdan biri zaman zaman bana biraz amiyane fakat epey karakteristik biçimde şöyle karşılık verirdi: "Bayım, sebebini bilmiyorum ama bu kez tutmadı."

"Ne demek istiyorsunuz? Ne söylediğimi anlamadınız mı?"

"Evet, gayet iyi anladım."

"O halde söylediğimi yapmak istemiyorsunuz, kabul etmiyorsunuz, öyle mi?"

"İstediğiniz her şeyi kabul ediyorum. Size itaat etmeye gayet hazırım ve eğer isterseniz ederim de; sadece önceden söyleyeyim ki tutmadı."

Telkinin önceki tanımlarına bakılırsa hastanın bu yanıtlarının hiçbir anlamı olamazdı. Zihne nüfuz eden ve kabul edilen fikrin telkin sayılması gerekirdi. Fakat hasta haklıdır; telkinin ne olduğunu bilir, tecrübe etmiştir ve her ne kadar yeni fikri istekli bir şekilde, mutlak güven ve itaat ile kabul etmiş olsa da işlerin aynı şekilde yürümediğini ve bunun bir telkin olmadığını hissetmiştir. Bu abartıya kapılıp "telkin" kelimesindeki anlamın kesinliği bertaraf edilmemelidir. Hafıza, fikirler çağrışımı, inanç, karar gibi sıradan psikolojik terimler nasıl spesifik olgulara işaret ediyorsa, "telkin" kelimesi de çok özel bir olguya, hastanın istenci yahut kişisel algısı olmadan bir fikrin tamamen gelişmesini işaret etmelidir.

III

Artık aklınızda telkine dair belirli bir fikir oluştuğuna ve onu başka bir psikolojik fenomenle karıştırma olasılığınız olmadığına

göre bu ilk hususun, yani telkinin sıradan ve sürekli bir fenomen olmamasının kaçınılmaz bir neticesini de takdir edersiniz. Yalnızca, belirlenmesi gereken birtakım koşul altında ve birtakım vakada ortaya çıkmaktadır. Görünüşe göre telkinin iki önemli özelliği vardır. Birincisi, eksiksiz bir gelişim göstermesidir. İkincisi ise bunun bazı fikirlerden bağımsız bir gelişim olmasıdır. Bu iki özellik de birtakım şarta bağlıdır.

Öncelikle bir fikrin kendi kendini geliştirmesi için onu oluşturan sayısız imgenin uyanması ve uygun biçimde bir dizi olarak düzenlenmesi gereklidir. Bu önemli bir koşuldur fakat her zaman sağlanmaz. Bazı zihinler duyumlarının imgelerini muhafaza etmeyi bırakırlar ve en önemlisi bu imgelerin sistematikleştirilmesini sürdürmezler. Bu imgeleri hatırlarına getirip bir dizi şeklinde düzenleme yetisinden yoksundurlar. Dolayısıyla bu kişiler telkine açık değillerdir. Bu tür bireylere ilk örnek demans hastalarıdır. Akli dengesini yitirmiş bir insanda imgelerin artık sistematikleştirilmediği ve bunun sonucu olarak fikirlerin anlaşılmadığı yahut gelişmediği epeyce açıktır. Akıl hastalığının tedavisinde telkinden çok medet umuldu; ancak korkarız ki bu işlem yalnızca çok özel vakalarda uygulanabilir. Telkin, gelişebilmek için nispeten sağlıklı bir zihin gerektirir. İlk koşul, belirli bir zihin kuvvetidir ve bazı hastalar telkine açık değildir, çünkü bunlar, tıpkı bazı iltihap kapmış hastaların ateşinin çıkamaması gibi, tabiri caizse, telkin edilebilirlik seviyesinin atında kalırlar.

Fakat derhal öteki uçtaki görüşe geçerek telkinin normal sağlıkta bir zihinde ortaya çıkabileceğini ve akli dengesi en yerinde insanlarda mütemadiyen görüldüğünü iddia etmemizin lüzumu var mı? Bu eşit derecede hatalı bir seçenek gibi görünmektedir.

Bazı yazarların aksi yöndeki ifadelerine rağmen sağlığı yerinde kişilere telkin vermeyi başaramadığımızı itiraf etmemiz gerekir. "Sağlık" sözcüğünün manasını tartışmamız ve ideal sağlık durumu diye bir şey mevcut değilmiş gibi davranmamız faydasızdır. Şu kel adama dair Yunan sofizmini[1] tekrar etmek olur bu. Burada sözünü ettiğimiz, genel olarak normal kabul edilen, patolojik ya da genetik bir hikâyesi yahut nöropatik anlamda bir ma-

---

1 Yığın Paradoksu da denen Sorites Paradoksu kastedilmektedir. Saçları olan bir adam bir saç telini yitirdiğinde kel olmaz. İkincisini yitirdiğinde de olmaz. Kaçıncı saç telinde kel bir adam sayıldığı muallâktır. Fakat nihayetinde adam kel olur. Tek tek ele alındığında etkisi olmadığı görülen bir dizi değişikliğin bir arada ele alınmasıyla etki etmesi problemi üzerine verilen bir örnektir –çn.

razı bulunmayan, tıbbi açıdan algılanabilen hakiki kusurları olmayan bireylerdir. Tutup da bu tür bir insana (itiraf etmeliyiz ki epey kalabalık bir türdür bu) oturduğu masanın köşesinde bir köpek yavrusu olduğunu söylersek, bize gülecek ve halüsinasyon falan görmeyecektir.

Bu gerçek bizce tartışmaya açık değildir ve akıl sağlığı yerinde kişilerde telkinden söz etmek için eğitim, alışkanlıklar, anılar, inançlar vb. gibi birçok farklı olgu göz önüne alınmak mecburiyetindedir. Görünüşte telkine benzeyen fakat mekanizması epey farklı olan psikolojik fenomenler mevcuttur. Bunlar yalnızca, hastanın rızası ile aşama aşama otomatikleşirler. Günümüzde bile bu eylemler onların farkında olan birey tarafından kabul edilir ve bireyin kişiliği tarafından benimsenir. Nihayetinde bu tür eylemler agresif değildir; gelişimleri, ilintili oldukları öteki düşünceler ile sınırlanır. Yumuşak başlı, itaatkâr, başkalarının kendilerinden daha fazla tecrübeye ve akla sahip olduğunu düşünmeye meyilli ve bunun sonucunda öğretilene inanmaya yatkın kişiler telkine açık kişiler değillerdir. Adeta bir parazit gibi, kişiliğin tamamen otomatik şekilde gelişmesi normal zihinde görülecek bir şey değildir.

Öte yandan, bir insanda bariz bir telkine açıklık saptadığımız her vakada, o kişide çok sayıda önemli ya da önemsiz zihinsel hastalığın belirgin izlerini bulmakta zorlanmamışızdır; bu kimi zaman aşırı derecede dalgınlık yahut tam bir anestezi, ataklar, felçler, saplantılı fikirler olabilmektedir. Geçmişlerinde her türlü nöropatik rahatsızlıkla karşılaşırız ve telkine açıklığın halihazırda bu kişilerde mevcut olması ileride ortaya çıkabilecek rahatsızlıkların belirtileri bakımından hekimlerin çok ihtiyatlı olması gereğini doğurur. Bu insanlardaki telkine açıklık esasında yumuşak başlılığın, normal inancın basit bir abartısı olarak değerlendirilmemelidir. Böyle insanlar çoğunlukla ne yumuşak başlı ne de kolay inanan kişiler olurlar. Değişken ve istikrarsız bir mizaçları vardır; inanmakta zorluk çektiklerini kendileri de fark ederler. Sıklıkla "Artık hiç kimseye güvenmiyorum; size hiç güvenmiyorum." derler; fakat yine de dilediğiniz halüsinasyonu görmelerini sağlayabilirsiniz. Zihinsel kuvvet gerektiren istemli itaat yetisinden yoksundurlar ve biraz hastalıklı bir biçimde tamamen otomatik bir itkiye kapılırlar.

Telkinin hasta zihinlerde gelişemediğini, tüm gücüne erişebilmek için nispeten sağlıklı zihinler gerektirdiğini kabul etmiş-

tik. Ancak şimdi de bir *sentez yokluğuna,* bilinç zayıflamasına bağlı olduğunu gösterdik. Bu iki ifade birbiriyle çelişmez mi? Bir semptom, belirli hastalıklarda ortadan kaybolabilir ve buna rağmen bir patolojik semptom olarak kalabilir. Aynısı telkin için de geçerlidir; tüm zihinsel rahatsızlıklara dahil değildir fakat belirli bir zihin hastalığının işaretidir. Meydana gelmesi için psikolojik unsurların otomatik çağrışımının muhafaza edilmesi elzemdir ve fenomenlerin hakiki sentezinin değişmiş yahut azalmış olması gerekir. Temel koşul olarak bir kişilik hastalığını gerekli kılar.

Şunu belirtmemiz gerekir ki telkinin iki temel koşulunu, otomatizmin muhafazası ve kişisel sentezin azalmasını, muhteşem bir şekilde birleştiren bir hastalık mevcuttur: histerik durum. İncelediğimiz tüm rahatsızlıklar bize histeride bu iki özelliğin mevcudiyetini göstermiştir. Telkine ve bilinçaltı eylemlere yatkınlık, bir zihin hastalığı belirtisidir ama her şeyden önce histeri belirtisidir.

Gelin başka bir açıdan bakıp klinik olarak histerik saydığımız tüm hastaları değerlendirelim. Hemen hemen her zaman, hiçbir güçlükle karşılaşmadan bu hastalarda tüm telkin fenomenleriyle karşılaşacağınızı belirtmek isterim. Her şeyden önce bu fenomenleri deney yoluyla fark edersiniz. Bayatlamış tartışmaları bir kenara bırakıp telkinin iyi birer örnekleri olarak sunulan tüm hastaları sakince incelerseniz, öncelikle birçoğunun somnambulist olduğunu göreceksiniz. Telkinin ilk olarak hipnoz hali içerisinde tanımlandığını unutmayınız. Eh, hipnoz hali de histerik somnambulizmin -ve tereddütsüz eklemeliyim ki- histerik bir hastada yeniden ortaya çıkarılmasından başka bir şey değildir. Üstelik, hipnotize edilmeye müsait olan bu hastalarda telkinin uyanık halde de mevcut olduğu gösterilmiştir. Bu tanıyı ispat etmeye gerek dahi yok.

Hipnoz halinde olmayan ve hiç hipnotize edilmemiş kişilerde de telkine açıklığın mevcut olduğu zaman zaman söylenmiştir. Bu gözlemlere itibar etmeyiniz; önce bu sözü edilen telkinlerin sahici telkinler olduğundan, peşin hükümlü gözlemcinin naif bir itaat hali yahut bir komedi ile yetinip yetinmediğinden emin olmalısınız. Ancak eğer olgu doğruysa, ki kimi zaman öyledir, hastayı klinik olarak muayene ediniz; histerik olduğunu anlamada hiç güçlük çekmeyeceğinizi garanti ederim. Şahsen, açıkça histerik olmayan bir tane bile telkine açık hasta görmedim ve öte taraftan ciddi hastalıkları olduğuna karar verilen hastalarda tüm telkin deneylerini daima gerçekleştirebildim.

Diğer yandan, telkine açıklık ve histerik nevroz arasındaki bu ilişki telkinin ortadan kaybolması incelenerek çok açık bir biçimde teyit edilebilir. Esasında, telkin herkeste mevcut olmadığı için, histerik kişide tüm hayatı boyunca devam ettiğini düşünmemelisiniz. Histerideki telkine açıklığın ortadan kaybolmaya meylettiği birçok durum söz konusudur. Daha da ilginç olanı, hastalık tedavi edildiğinde telkine açıklığın da tamamen ortadan kalkmasıdır. Bu kişilerden birçoğu, bu nevrozu karakterize eden hem rahatsızlıkları hem de zihin hallerini uzun bir süre muhafaza ettikten sonra tamamen iyileşirler. O andan itibaren telkinler etki etmez ve bu kişilerin telkin karşısındaki tutumları normal insanlarınkine benzer. Hipnoz hususunda da belirtmiş olduğum son derece mühim bir gerçektir bu. Geçtiğimiz yirmi yıl boyunca bunu anlattım, lakin herkeste muhakkak hipnotizma ve telkinle karşılaşan teorisyenler bu savı tek bir kelime ile dahi yanıtlamadılar.

Bununla birlikte, histeri hastasının kısmen de olsa -zira epey değişken bir hastalıktır bu- iyileştiği başka durumlar da mevcuttur. Bazı dinlenme dönemlerinde, sağlık dönemlerinde, birtakım somnambulizm sırasında ya da hatalı bir şekilde Felida'nın ikinci durumu adı verilen vaziyette, histerik durumun kaybolduğunu gözlemlemiştik. Aynı şekilde telkine açıklığın da kaybolduğunu göreceksiniz. Bu semptom diğer tüm rahatsızlıklarla beraber yalnızca depresyon durumunda yeniden ortaya çıkar. Örneğin her ay yalnızca üç gün boyunca, regl dönemleri sırasında telkine açık olan kadınlardan uzun zaman önce söz etmiştim. Deneysel telkin, histerikler dışında hiç kimsede görülmemiştir.

Bu deneyin yanına hakiki, deneysel olmayan, rastlantısal şekilde meydana gelen ve çoğunlukla rahatsızlıkların kaynağı olan telkinleri de koyabilirsiniz. Kastettiğim şey, hastaların hayatlarındaki olaylardan ilham alarak ve abartılı bir dereceye kadar gelişerek ataklar, felç hadiseleri yahut sıra dışı viseral hastalıklar meydana getiren rahatsızlıklardır. Malebranche, 17. yüzyılda, ayağından sürüklenen bir biniciyi görmesinin ardından hastalanan ve ayağı felç olan bir kadının hikayesini aktarmıştı. Günümüzde bu tür olaylarla devamlı karşılaşıyoruz. Sol gözünde kabuk bağlamış yaralar bulunan bir çocuk gördüğü için bir hastanın sol gözünde amoroz oluşur; bir başkası ise bir mide kanseri vakasında hastabakıcılık yapması nedeniyle durmaksızın istifra eder. Tüm bu vakalarda, eğer hastalığın gelişimini, belirtilerini,

öncesindeki rahatsızlıkları incelerseniz daima aynı nevrozu bulacağınıza sizi temin ederim.

Özetle; benim bu hususa dair görüşüm gitgide daha net hale gelmiştir. Telkin, belirli ve nispeten nadir bir fenomendir; deneysel yahut rastlantısal olarak, yalnızca histeriklerde ortaya çıkar ve bütün histeriklerde de, bu husus açısından incelendiklerinde, değişen seviyelerde bu fenomen görülür. Eğer, birazdan göreceğimiz gibi bu psikolojik olgunun hastalıkların gelişiminde ciddi bir rol oynadığını da eklersek, histerinin en önemli zihinsel stigmasının *telkine açıklık* olduğunu söyleyebiliriz. Yine de buna eklenecek daha başka zihinsel stigmalar olup olmadığını kendimize sormamız gerek.

XIV
Histerik Stigmalar – Bilinç Alanının Çekilmesi – Yaygın Stigmalar

Diğer tam histerik stigmalar – Dalgınlık – İstemli hareketlerin küçülmesi – Bilinçaltı – Aktarımlar ve eşdeğerlikler – Dönüşümlülük – Temel bilinç fenomenleri – Kişisel algı – Bilinçli sentez – Bilinç alanı – Bilinç alanının çeşitleri – Bilinç alanının çekilmesi – Yaygın stigmalar – Eksiklik hissiyatı – Uyarılma ihtiyacı – Dikkat çekme ihtiyacı – Zihinsel fonksiyonların düşüşü – Dikkat zayıflığı – Duygusal bozukluklar – İstenç sorunları – Başlayamama veya durduramama – Zihinsel seviyenin alçalması

Telkinin histeride oynadığı rol artık bilinmektedir ve bugün telkini bir histerik stigma olarak sunarak pek fazla tepki çekmem; ancak biraz daha ileri gitmenin iyi olacağı kanaatindeyim. Böylesi karmaşık bir hastalığın tümünü bu tek fenomenle açıklamamalıyız. Şimdilik, şunu söylemekle yetineceğim: Bu hastaların zihinsel karakterlerinde eşit derecede önemli başka olgular da mevcuttur. Bana göre bu diğer temel fenomenler de stigmadır. Yalnız bunları iki gruba ayırmayı öneriyorum. Bu *stigmalar* arasından bazılar *tam* sıfatını hak eder; bunlar telkin ile aynı özellikleri taşır. Histeride mevcut olan, fakat başka bir hastalıkta görülmesi pek olası olmayan fenomenlerdir. Diğerleri ise, açıklayacağımız sebeple, *yaygın stigmalar* olarak adlandırılabilir. Bunlar hiç şüphesiz histeriklerde, üstelik çoğu zaman yüksek bir seviyede ortaya çıkar; ancak yalnızca bu hastalarda görülmez, farklı olmasına rağmen histeriye yakın olan psikastenik nevroz başta olmak üzere diğer zihinsel rahatsızlıklarda da rastlanabilirler. Gelin şimdi telkine eklenen diğer tam stigmalara bakalım ve üzerinde durduğumuz nevrozu zihnin başka rahatsızlıklarıyla ilişkilendirmemizi sağlayan yaygın stigmalar üzerine de birkaç kelam edelim.

I

Şunu unutmayalım ki telkin, bir fikrin gelişmesidir; pozitif bir fenomene, öznenin zihninde bir fikrin mevcudiyetine işaret eder bu. Özne hiçbir şekilde farkında olmadan, bilinçli bir şekilde yahut bilinçaltından ayırdına varmadan gerçekleşen şeyleri telkin ile ilişkilendiremeyiz. Histeriye ilişkin her şeyin öznenin düşünceleriyle ilişki içerisinde olduğuna inanmıyorum. Bu hastalarda, yalnızca istemsiz değil aynı zamanda hastanın düşünceleriyle hiçbir bağı bulunmayan tavırlar ve nitelikler mevcuttur.

İfade edecek net bir ismi bile bulunmayan oldukça sıra dışı bir zihin eğilimini bu fenomenlerin ilk sırasına koymak istiyorum; kayıtsızlığa, soyutlamaya, *abartılı dalgınlığa* eğilim. Şöyledir: Dikkatimizi bir şeye yönelttiğimizde başka bir şeyi bırakır, zihnimize bir şekilde ulaşan diğer fenomenlere yönelik ilgimizi keseriz. Dikkatimi okuduğum şeye verdiğimde, duymaya devam etsem de kendimi sokaktan gelen seslerden soyutlarım. Bu soyutlama histeride şaşırtıcı bir seviyede gerçekleşir. Duyumlar ve fikirlerle ilişkili olarak ortaya çıktığı epeydir fark edilmişti. Bu hastalar aynı anda yalnızca bir şey görmekte gibilerdir ve o şeye ne kadar yakın da olsa bir başka nesneye dair hiçbir fikirleri olmadığının farkına varırsınız. Biriyle konuştukları vakit odada başka insanlar da bulunduğunu unuturlar. O denli büsbütün unuturlar ki tüm sırlarını bu insanların önünde kayıtsızlıkla anlatabilirler. Bir düşüncelerini ifade ettikleri zaman, kanılarının çocukça olduğunu fark edersiniz. Kuvvetle inanırlar zira inançları hayret verici bir cehalete dayanır. İtirazlar, olanaksızlıklar, tezatlar zihinlerine en ufak şekilde bile ulaşmaz.

Aynı sınırlılık, eylemlerinde de gözlenmiştir. Aynı anda yalnızca bir şey yapabilirler. Birçok genç kızda zihinsel bir bozukluğun ilk işareti, tüm iyi niyetlerine rağmen aynı anda birden fazla işi yapamayışlarıdır. Bu durumun bir tür deneyi dahi yapılabilir. Prag'dan M. Pick'in geliştirdiği[1] ve birçok yerde anlattığım[2] bir deneyi ele alalım. Bu hastalardan birine bir hareketi sürekli yapmasını söylersiniz; örneğin sağ eliyle masanın üzerine piyano çalar gibi yapmasını istersiniz. Bu hareketi her koşulda sürdürmesi gerektiğinde anlaşırsınız. Aynı anda ondan bir başka basit hare-

---

[1] A. Pick, "Ueber die Sogenannte 'Conscience Musculaire,'" *Zeitschrift für Physiologie der Sinnesorgane*, IV, 1892.

[2] "L'Automatisme Psychologique," 1889, s. 188; "The Mental State of Hystericals," İngilizce çeviri, s. 161.

keti, söz gelimi ağzını açmasını, ağzını kapatmasını yahut sayı saymasını istersiniz. Daima görürsünüz ki ilk hareket, piyano çalma hareketi, ikinci hareket başladığı anda durur ve ancak ikinci hareket sonlandırıldığında tekrar başlar. Fakat hasta esasında hareketi sürdürmek için kararlıdır, bu fikir kafasında mevcuttur ama başka bir şey yapmaya kalkıştığı anda bu imkânsız hale gelir.

Tüm rahatsızlıklarına özel bir görünüm veren şey de budur. Somnambulik fikrin gelişiminden, konvülsiyonlardan, ısrarcı duygulardan oluşan pozitif fenomenlerin yanında bir de bir tür lagün vardır; mevcut duruma karşı tamamen ilgisizlik, alay edilmeye kayıtsızlık, yorgunluğa duyarsızlık söz konusudur ki bunların hiçbiri, aynı vaziyette biz olsak hissedeceğimiz şeyler değillerdir. Bir kez hasta olduklarında bu kişilerin mevcut hastalıkları dışında her şeyi unuttukları düşünülebilir. Başka bir durumda bulunmuş olmayı unuturlar; başka bir durumda olunabileceğini algılayamazlar. Bizi şaşırtan o teslimiyet, o gayretsizlik bundandır.

Bu eğilimin abartılı hale gelmesi *bilinçaltı* fenomenini meydana getirecektir; kişisel bilincin dışında bir hayli şey mevcuttur. Hastaların kendilerinin farkında olmadan yürümelerini ve hareket etmelerini sağlayabilirsiniz. İfade ettiğiniz düşünceler ilgilerini çekmezse ve o dalgınlık bölgesinde kalırsa, düşüncelerinin gelişiminin ciddi somnambulizmlerle sonuçlanması gibi, bu durum da medyumlukla sonuçlanacaktır.

Bu abartılı dalgınlığa yatkınlığın önceki telkin semptomunun bir sonucu olduğunu söyleyebilir miyiz? Esasında pek de öyle değildir, zira dalgınlık bu hastalara telkin edilmez ve çoğu zaman farkına dahi varmazlar. Akıllarında bu fenomene dair bir fikir bulunmaz; öneminden kuşkulanmazlar. Çevrelerindeki kişiler bu sıra dışı dalgınlığın farkına varırlar; yahut kendileri çok geç farkına varırlar, gelişmeye başlamasından yıllar sonra. Öte yandan, tam olarak bir fikrin gelişmesi olan telkinin, bir fikre yönelik kayıtsızlık, bir baskılama eğilimi olan bu dalgınlığı nasıl açıkladığını anlamak güçtür. Dahası, telkinin kendisi bana o eğilime dayanırmış gibi görünmektedir ve bence çoğu zaman bu eğilimin sebebi olmaktan çok etkisidir. Hastalar, tam da her şeyi unutmuş oldukları için; hiçbir duyum ile, çevrelerindeki gerçekliğe dair hiçbir düşünce ile sınırlanmadıkları için, kendilerine telkin edilen fikirlerin serbestçe gelişmesine izin verirler. Telkin

ve dalgınlık birbirini doğurmaz; biri diğerinden bağımsız meydana gelemeyen iki paralel stigmadır.

Bu özel dalgınlık histeriye özgü bir stigmadır. Her şeyden önce, bu dalgınlığa normal insanlarda rastlayamazsınız. Filozofların da dediği gibi, normal bilinç, kuvvetli bir yarı gölge tarafından kuşatılan iyice aydınlatılmış bir noktadır. Histeriklerde bu yarı gölge yoktur. Epey sıra dışı olan görüş alanları bu durumu kanıtlar; bir noktayı hayli net görürken o noktanın çevresinde hiçbir şey görmeme tuhaflığına hiçbir normal insanda rastlanmaz. Bu dalgınlık da başka zihin hastalıklarının hiçbirinde aynı şekilde görülmez. Yorgun insanların dikkatleri zayıflar fakat zihinleri yine de yeterlilik gösterir. Elbette hiçbir şeye yoğunlaşmazlar ancak her şeye dair muğlak da olsa bir fikirleri vardır. Evet, duyarlılıkları azalmıştır ama yine de bu duyarlılık vücutlarının her yanına dağılmış haldedir. Görüşleri azalmış fakat görüş alanları genişliğini korumaktadır. Kısacası, anlatmaya çalıştığım semptom dikkatsizlik değildir; doğrudan bakılmayan her şeyin bastırılmasıdır ve bunun başka zihin hastalıklarında bu şekilde mevcut olmadığına kaniyim. Dolayısıyla, telkin gibi bunu da histeriye has bir stigma sayıyorum.

Bu fenomenlere dayanan üçüncü bir fenomen bu tuhaf stigmaları daha iyi anlamanızı sağlayacaktır: *aktarımlar ve eşdeğerlikler fenomeni.* Günün birinde küçük bir rahatsızlığı tedavi etmeye, yumruğu kasılmış bir hastanın sağ bileğinin hareket edebilmesini sağlamaya çalışmaktaydım. Bildiğiniz üzere, bunu başarmak için hastanın dikkatini unutmuş olduğu hasta organa kuvvetli bir biçimde çekmeniz, o organda duyumlar meydana getirmeniz, pasifçe her yöne hareket ettirmeniz gerekir; ardından, hareket kabiliyeti biraz yerine gelir gibi olduğunda hastanın istemli bir şekilde bileğini oynatmasını sağlamalısınız. Bu iş uzun ve eziyetlidir; histeri hastalarında buna tekrar tekrar yeni baştan başlamak gerekir. Bir süre sonra, sonuç harikaydı; sağ el serbestçe açılıp her yöne hareket etti; hasta laboratuvardan epey mutlu ve gururlu ayrıldı. Biraz sonra tekrar geldi. Birkaç dakika önce sağ elinin durumu ile aynı vaziyette kasılmış sol yumruğunu göstererek "O çabaların hiçbirine değmedi." dedi. Bu hadiseyi size anlattım çünkü meydana geldiği koşullar beni oldukça şaşırtmışı, yani, bu fenomene dair hiçbir bilgisi olmayan epey naif bir hastada, doktorun yahut kendisinin önceden buna ilişkin hiçbir fikri olmadan gerçekleşmişti.

Bildiğiniz üzere netice daima bu değildir. 1875 ile 1890 arası belli bir dönemde, aktarım adı verilen bu fenomen çok ilgi görmüş ve sık sık yapay yolla meydana getirilmişti. Bazı cisimlerin mekanik etkisi ile fenomenin ortaya çıktığı söylenmekteydi. Böylelikle, mıknatıs, aktarım meydana getirmenin başlıca aracı oldu. Sağ yandaki bir felci tedavi etmek için hastanın yatağına, sağ tarafına büyük bir mıknatıs yerleştirilirdi. Ardından felcin o tarafta kaybolduğu ve sol tarafta ortaya çıktığı görülürdü. Mıknatıs kaldırıldığında, felç sağ yanda yeniden beliriyor ve bu şekilde birkaç turun sonucunda ortadan kayboluyordu. Başka cisimlerin de -özellikle metaller ve kimi zaman elektrik akımı- benzer etkileri vardı ve hareket bozuklukları gibi duyarlılık bozukluklarını da simetrik biçimde bir yandan ötekine aktarıyorlardı. Hatırlarsanız, Burcq ve Dumontpallier pek tuhaf yasalarla açıkladıkları bu fenomen üzerinde epey çalışmışlardı. Bazı hekimler gidip gelmeleri yavaş yahut hızlı hale getirmenin, bir ya da diğer yandaki bozuklukları düzeltmenin vs. yollarını bulduklarını söylediler. Diğerleri ise daha da ileri giderek bütünleyici renklerine dönüşen renk duyularının değişimini keşfettiler. Bu hastalar kırmızının ardından yeşili; sarının ardından moru görüyorlardı. Buna polarizasyon adı verildi ve mıknatıs yardımıyla hisler de polarize edilmeye çalışıldı. Dahası, -zira absürtlüğün sınırı yoktur- bir fenomeni bir hastadan diğerine aktarmaya çalıştılar; iki hastayı sırt sırta verip bir mıknatısla felci birinden diğerine aktardılar ve birkaç gidip gelmeden sonra felç yok oldu. Pratik bir tedavi yöntemi haline geldi bu.

Kuşkusuz bütün bunlar birçok çocukça hata barındırır. Bu gözlemlerden çoğu telkin ve talim fenomenleridir ve hastanın dikkatine verilen yön ile alakalıdır. Bu durum o zaman fark edilmediği, yalnızca zamanla fark edildiği için bilimde de siyasettekiler gibi şiddetli bir tepki gördük. Aktarım fenomeninin düşüncesi bile bastırıldı ve içinde az da olsa barındırdığı gerçeklik görmezden gelindi. Kanaatimce bir rahatsızlığın bir yandan ötekine geçişi illa ki telkinin sonucu değildir. Kimi zaman bu oldukça doğal bir şekilde, hasta yahut doktorun bilgisi olmadan gerçekleşir. Histeride çok genel olan bir eğilimin yani *eşdeğerlikler* eğiliminin kendine has bir pratiğidir ve bunun binlerce başka pratiği de gözlemlenebilir. Esasında histeri, kimsenin bir tedavi öne sürmeye cüret edemediği epey eşsiz bir hastalıktır. Çoğu zaman bazı fizyolojik yöntemlerle şu veya bu rahatsızlığı orta-

dan kaldırmak zor değildir. Üstelik, bu rahatsızlıklar sık sık kendi kendilerine; bir duygunun, bir sarsıntının sonucu olarak yahut sebep dahi yokken ortadan kaybolurlar. Ancak bir rahatsızlık ortadan kaybolduğunda, özellikle de fazla çabuk kaybolduğunda hemen zafer ilan etmememiz gerekir; aynı rahatsızlık yüksek ihtimalle tekrar ortaya çıkacaktır. Ayrıca şöyle tuhaf bir şey de sık sık meydana gelir; görünürde epey farklı başka bir rahatsızlık öncekinin yerine geçer. On iki yaşındaki bir kızda çok ciddi bir zafiyet evresine girmesine yol açan bastırılamayan kusmalar görülmekteydi. Bir somnambulizm sırasındaki bazı duyarlılık uyarımları vesilesiyle daha fazla duyum ile yiyebilmesini, yutma fonksiyonunun düzene girmesini sağlayabildim ve kusmalar ortadan kayboldu. Buraya kadar her şey güzel, fakat o ana kadar zihin durumu son derece iyi olan bu kız zihinsel karışıklık ve hezeyan haline girer ve kusmalar tekrar başlamadan bu hezeyanı sonlandırmak imkânsız hale gelir. Şunu da belirtmeliyiz ki mideye ilişkin sorunlar ve hezeyanlar arasındaki bu spesifik dönüşüm en çok gözlenenlerden biridir. Bu şekilde beş farklı örnek kaydettim.

Benzer başka vakalar da göreceğiz. Bir hastanın uzuvlarında kasılmalar vardır ve bu kasılmalar kaybolduğunda zihinsel sorunlar belirir; başka birinde histerik öksürük mevcuttur ve onunla dönüşümlü olarak uyku krizleri yaşar. Bir adamın ayağında varus adı verilen pozisyonda kasılma mevcuttur. Gizemli denebilecek, onu korkutan yöntemlerle tedavi edilir. Serbestçe yürüyebilir hale gelmiştir fakat bu kez üç ay süresince sesini kaybeder. Sesine tekrar kavuştuğu zaman mide rahatsızlıkları ve karın kontraktürleri ortaya çıkar. Bir diğer vakada gövdedeki kontraktürler tedavi edilir ve yerini amoroz fenomenine bırakır. Ve bu böyle devam eder. Rahatsızlıklar eşdeğer gibi görünür ve fiziksel olarak mevcut olduklarında bir yanda yahut ötekinde meydana gelme özelliği gösterirler. Öyle ki, hastanın seçim yapabildiğini fakat iki yandan birinde bir rahatsızlık olmadan yapamadığını düşünürsünüz. Eğer bu eşdeğerlik kuralını iyi anlarsınız, sağ taraftan sol tarafa aktarımın aslında eşdeğerliğin spesifik bir vakasından başka bir şey olmadığını göreceksiniz. Üstelik bu epey basit bir biçimidir zira simetrik bölgelerin duyarlılıkları birbirine çok benzer ve rahatlıkla birbirilerinin yerine geçebilirler.

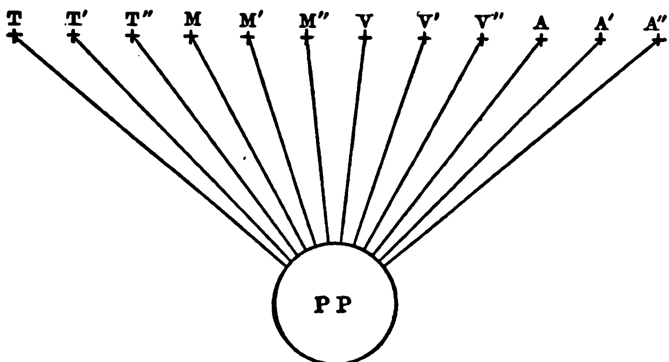
Kuşkusuz birçok zihin hastalığında değişkenlik gözlenir fakat aniden ve çok açık bir biçimde belirli bir rahatsızlığın yerine bir

diğerinin geldiği bu hayli özel formdaki değişkenlik, yine, oldukça karakteristiktir. Sanıyorum ki bu, bedenin ve zihnin geri kalanını ihmal ederken kendini bütünüyle bir yana taşıyan ve sonra ilkini unutarak bu kez diğer tarafa yönelten histerik zihnin genel eğiliminden kaynaklanmaktadır. Bir önceki telkin fenomeniyle ilişkilidir bu ve sizlere göstermek istediğim histeriye özgü stigmaların da sonuncusudur.

II

Telkin, dalgınlık ve dönüşümlülükten ibaret bu üç stigmayı bu zihinsel sorunlarda kendini gösteren temel karakteri kavramamıza olanak sağlayacak şekilde tek bir genel fikirle özetleyebilir miyiz? Daha önce bu zihin durumunu nitelemek için belki tuhaf ama işe yaraması muhtemel bir ifade önermiştim. 1889 tarihli, psikolojik otomatizmler üzerine olan çalışmamda ve 1901'de Bayan C. Rollin Corson tarafından gayet iyi bir şekilde İngilizceye çevrilen "The Mental State of Hystericals" (1894) isimli kitabımda bulabilirsiniz bunu. Bu kendine has zihin durumunu *"bilinç alanının çekilmesi"* ifadesiyle özetlemeyi önermiştim. Gelin bu genel ifadenin manasını anlamaya çalışalım.

Hastalarımızın zihin durumlarına ilişkin çalışmalarda devamlı kullandığımız "bilinç" sözcüğü, birçok farklı anlama gelen son derece muğlak bir sözcüktür. Bu sözcüğü hastanın kendi kendisine, duyumlarına ve eylemlerine dair sahip olduğu bilgiyi kastetmek için kullandığımız vakit, genellikle sanıldığı gibi ilksel ve indirgenemez bir işleyişten ziyade karmaşık bir psikolojik işleyişi ifade eder. Sözgelimi, "Bir ağrı hissediyorum, kolumu oynattığımı hissediyorum." dediğim zaman, zihnimde müteakiben göreceğimiz şekilde analiz edilebilen, epey karmaşık fenomenler gerçekleşir. İlk önce, beynimin bir yerinde, dışsal bir uyarım sonucunda bir ağrı fenomenine, temel bir hareket duyumuna karşılık gelen hem fizyolojik hem de psikolojik, ufak bir hadise meydana gelir. Ünlü fizyolog Herzen, beynin sayısız küçük elektrik lambalarıyla dolu geniş bir hole benzetilebileceğini söylemişti. Zaman zaman, şurada veya burada bazı lambalar yanar. "Ağrı duyumu", "görme duyumu", "hareket duyumu" gibi ayrı ayrı ifadelerle tanımlanan şeylerdir bunlar. Çizdiğim şemadaki çizgilerin üzerindeki her küçük çarpı işareti bu ufak fenomenlerden birini ifade eder; görme için V, V', V''; dokunma için T, T', T'' vs. (Figür 21).



Figür 21. Temel dokunma duyuları için T, T', T"; kas duyuları için M, M', M"; görme duyuları için V, V', V"; işitme için A, A', A"; kişisel algı için P P.

Fakat "Ben görüyorum, ben bir hareket hissediyorum" gibi sözlerle ifade edilen bütünlüklü bilinç bu küçük temel fenomen ile tamamen temsil edilmez. Zira bu ifadeler yeni bir sözcüğü, çok karmaşık bir şeyi tanımlayan "Ben" sözcüğünü içerir. Burada mesele kişilik, bütün bir benlik kavramıdır; tüm geçmiş izlenimlerden, gelecek fenomenlerin hayalinden ve söz konusu ufak duyumdan farklı olan mevcut duyumların tümünün birleşimidir bu. Vücuduma, kabiliyetlerime, ismime, toplum içindeki konumuma, dünya üzerindeki rolüme dair bir nosyondur; ahlaki, siyasi, dini düşüncelerin bütünüdür. Bilinebilen belki de en kayda değer düşünceler dünyasıdır bu; zira kişilik alanını tamamen kapsamaktan bir hayli uzak bir noktadayız. "Ben hissediyorum" sözünde birbirinin mevcudiyeti içinde iki şey vardır: küçük ve yeni bir psikolojik durum, parlayan ufak bir alev -"hissetmek"- ve halihazırda bir sistem içinde oluşmuş olan devasa bir düşünceler yığını – "ben". Bu iki şey iç içe geçer, birleşir; "Hissediyorum" demek halihazırda devasa olan kişiliğin o ufak, o anda oluşmuş yeni duyumu kavradığı, onu içine aldığı manasına gelir. Hatta daha da ileri gidersek -ki bu pek de abes kaçmaz - "Ben"in, yanı başında yeni doğmuş çok küçük bir yaratığı kavrayıp içine almak için dokunaçlar yayan bir tür amip gibi son derece açgözlü, canlı bir hayvan olduğunu söylememiz gerekir.

Şemamızın ilk kısmında temel duyumları, tesir durumlarını ya da basitçe bilinçaltı fenomenleri tasvir ettikten sonra, şimdi de

bir birleşmeyi, kendi aralarında bir araya gelen ve özellikle de geniş ve öncel kişilik kavramı ile birleşen tüm bu temel fenomenlerin bir sentezini tasvir edeceğiz. Ancak böyle bir asimilasyonun ardından sahiden "Hissediyorum" diyebiliyoruz. Daha önce bu yeni süreci *kişisel algı* ifadesiyle tanımlamayı önermiştim, zira bu hakikaten de bir algıdır, yani daha açık ve daha kompleks bir bilinçtir. "Kişisel" sözcüğü bu süreci, şu anda ele almadığımız dışsal algı ile karıştırmamızı önler ve ana özelliğinin kişilik nosyonunun eklenmesi olduğunu aklımıza getirir.

Bu figür elbette epey teoriktir, zira absürt bir varsayım içerir: Belli bir anda bir insan tüm duyularında uyanan bütün temel duyumların bilincine varır, benliğine katar. Bedenimizin tüm noktalarından; derimizde, mukozalarımızda, duyu organlarımızda dışsal ve içsel fenomenlerin bıraktığı tüm intibalardan ne kadar devasa fenomen yığınlarının fışkırdığını bir düşünün. Elbette bir insan bunların tümünü hiçbir zaman algılamaz. Daima, en normal insanda bile, derinin bir noktasında uyanan bir miktar intiba beyne ulaşır; birkaç refleks meydana getirir; belki de birkaç küçük temel bilinç hali uyandırır; muhakkak genel iyilik yahut hoşnutsuzluk haline katkıda bulunur; ancak bunlar benlik tarafından açıkça algılanmaz. Bu temel duyumların yalnızca bir kısmı kişisel algının bütününe ulaşır.

Peki bu temel fenomenlerin ne kadarı bilincin tamamına ulaşır? Aynı anda kaç tane temel duyumun bütünüyle bilincinde olabiliriz? Buna, bilinç alanının kapsamı sorunu adını vermeyi önermiştim; anlamışsınızdır, görüş alanı kapsamı ile benzerlik kuruyorum. Bu sorun açıkça çözülmüş değildir ve psikologlar çok çeşitli veriler önermişlerdir.

Bu hususta en temel ve kesin olan şey bu bilinç alanı kapsamının kişiden kişiye ve bu kişilerin zihin durumlarına göre epey değişiklik gösteriyor olmasıdır. Tüm enstrümanları işiten ve okuyarak yahut belleğinden opera parçasının notalarını takip eden bir orkestra şefi, her bir bilinç durumunda muazzam sayıda hadiseyi birleştirir. Bunun aksine, uyuyan, rüya gören bir kişi ve ekstazi krizinde bir hasta bilinçli düşüncesinde çok sınırlı sayıda hadise barındırabilir. Kanaatimce bu noktada zihin durumumuzun pek ince ve daimî çeşitlemeleri mevcuttur.

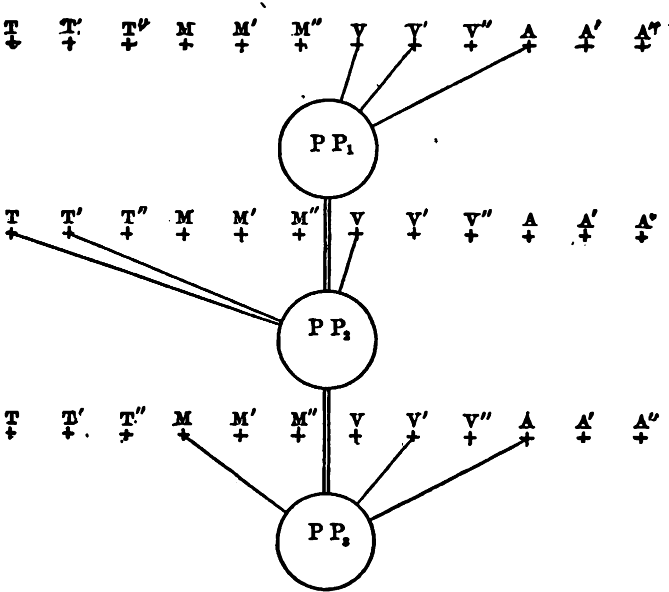
Bu psikolojik kavramı iyi anlarsanız, histeri hastalarına dair biraz önce değindiğimiz fenomene rahatlıkla uyarlayabilirsiniz. Birinci ruhsal stigma, telkin, bizlere düşünsel olanın yalıtılmış

vaziyetini göstermiştir; zira telkine açıklık dediğimiz her kelimenin, her duygunun, her hatıranın ölçüsüz bir gelişme göstermesinin muhtelif izlenimleri arasında hiçbir tepkime yoktur. Hep söylendiği üzere, telkin, kontrol noksanlığına dayanır. Fakat kontrol aynı bilinçte bir araya gelmiş çeşitli psikolojik hallerin rekabetinden, mücadelesinden başka bir şey değildir. Eksikliği yalnızca zihnin birbirine zıt birçok fikri barındıramayacak kadar dar olmasından ileri gelir. İkinci karakteristik özellik olan abartılı dalgınlık, bilinçteki bütün boşluklara sebep olan o soyutlama, yalnızca aynı fenomenin bir başka boyutudur.

Şemamız bize bunun formülünü kusursuz bir biçimde vermektedir. Belirli bir anda üçten fazla temel duyumu, -örneğin V, V', A- algılamayan bir kişiyi ele alalım (Figür 22). Bu kişi geri kalan her şeyi bilinçaltına atacaktır. Başka bir anda da T, T', V yahut M, V', A'ya yönelebilecektir. İlkinde, sürüp gelen dokunsal duyumlara aldırış etmeden onunla konuşan birine bakacak, onu dinleyecektir. İkincisinde, bir nesneye dokunurken aynı zamanda ona bakacak ve etrafındaki seslerin bilincinde olmaksızın bu teması takdir edecektir. Üçüncü durumda ona dikte edilen bir şeyi yazarken, konuşanın sesini algılayacak, harflerin görüntüsünü ve kasların hareketlerini algılayacak fakat T, T', T", M', M", V, V", A', A" gibi bütün diğer temel duyumları unutacak ve ihmal edecektir. Ele aldığımız kişi dalgındır ve bu şema normal dalgınlık adı verilen şeyi formülleştirme amacı taşır (Figür 22).

Bilinç alanının daha da daraldığını varsayalım. Hasta artık aynı anda ikiden fazla temel duyumu algılayamaz. Üstelik zaruri olarak bu küçük algı payını, doğru ya da yanlış ona en mühim görünen duyumlara, görme ve işitme duyumlarına ayırır. Görülen yahut işitilen şeylerin bilincinde olmak en mühim gereksinimdir ve hasta, dokunsal ve kassal duyumları algılamayı ihmal eder, çünkü onlarsız da yapabileceğini düşünür (Figür 23). Başlangıçta belki de hâlâ onlarla ilgilenebilir ve en azından bir an için kişisel algı alanına bu duyumları da ekleyebilir; fakat bu pek gerçekleşmeyen bir ihtimaldir, zamanla kötü bir psikolojik alışkanlık oluşur. Bu tip alışkanlıklardan daha ciddi, daha inatçı bir şey yoktur. Yalnızca psikolojik tiklerden ibaret bir dolu hastalık bulunur. Günün birinde hasta (zira artık sahiden de hasta olmuştur) hekim tarafından muayene edilir. Hekim hastanın sol kolunu sıkar ve ona bunu hissedip hissetmediğini sorar; hasta ise, artık bilinçli bir şekilde hissetmediğini itiraf ederek hekimi şaşırtır.

Ziyadesiyle uzun zamandır ihmal edilen duyumlar kişisel algısından çıkmıştır; hasta anestetik hale gelmiştir.

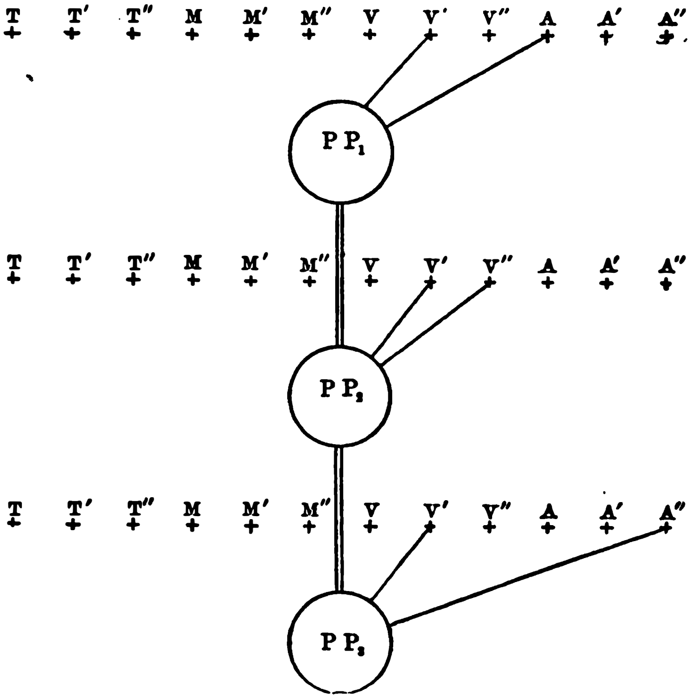


Figür 22. Dalgınlık şeması.

Bilinç alanı daralması fikrinin son fenomen olan dönüşümlülüğü de eşit derecede açıkladığını rahatlıkla anlayabilirsiniz. Bilinç alanının daralması sebebiyle bir fenomeni bir yanda ortadan kaldırmadan, öteki yana hiçbir zaman başka bir fenomen ekleyemezsiniz. Eğer dikkatini çekerek hastayı sol yanının duyarlılığını geri kazanması için zorlarsanız, bu kez sağ yanındaki duyarlılığını yitirir. Dokunma duyusunun tamamını temin ettiğinizde ise, görüş alanı o denli azalır ki hasta geçici bir süre için kör olur; öngörmeksizin birçok kez gözlemlediğimiz bir şeydir bu. Görüş alanını genişletmek istediğinizde de dokunsal anestezi artacaktır. Bu hastaların düşünüşlerindeki kuvvetsizlik sürer ve bir yanda kazandıklarını diğer yanda yitirirler.

Dolayısıyla bilinç alanı gerilemesi nosyonunun gördüğümüz stigmaları özetlediği kanısına varıyorum ve bence bu stigmaların esas zihin durumunu karakterize eden şey, zayıf hastanın psikolojik fenomenleri bir araya getirmede, yoğunlaştırmada ve onları

benliğine dahil etmedeki kuvvetsizliğinden oluşan özel bir ruhsal zayıflıktır.



Figür 23. Histerik anestezide bilinç alanının daralması şeması.

III

Daha önce, histerik zihin durumuna dair açıklamalarımı bu noktada sonlandırmış, onların niteliğini taşıyan tüm diğer rahatsızlıkların öncekilerle bağlantılı olduğuna kanaat getirmiştim. Bu artık tamamıyla doğru görünmemektedir. Histerik hastalık, diğer zihinsel rahatsızlıklar gibi tamamıyla yalıtılmış vaziyette değildir. Çok daha mühim bir grubun bir parçasını oluşturan ve bu gruba ait diğer hastalıklardan az çok ayrılan özel bir türdür. Ele aldığımız hastalar ilk ve her şeyden önce nöropattırlar; merkezi sinir sistemleri zayıflamış kişilerdir; ardından, zayıflıkları spesifik bir biçim aldığında histerik olurlar. Hatta, hastalıklarının bu belirli yöne doğru emin bir şekilde ilerlediği oranda hastaların az çok histerik sayıldıklarını ileri sürebilirim. Bunun sonucunda,

tam anlamıyla histerik stigmaların yanı sıra, bu hastalarda aynı anda hem psikolojik hem fizyolojik olan ve tüm nöropatiklerde görülen genel müphem rahatsızlıklar da mevcut olur. Bu rahatsızlıkların sıralanmasına giremeyeceğiz, ki bu başka bağlamlarda daha da ilgi çekici olurdu; fakat yine de artık biliyor olduğunuz *yaygın stigmalar* başlığı altında bunlara kısaca değinmemiz gerekir.

Bu bağlamda popüler histeri anlayışında rol oynayan bazı duygulara işaret edeceğim. Bu hastalar zayıf hissederler, kendilerinden hoşnut olmazlar; hareketleri, düşünceleri, duyguları onlara azalmış ve bir tür örtü ile örtülmüş gibi görünür. Bu nedenle, üstesinden gelemedikleri müphem bir can sıkıntısının daimî ıstırabını çekerler. Can sıkıntısı tüm nöropatlar için mühim bir stigmadır. Bunun çevreyle alakası olduğunu düşünmemelisiniz; nöropat her yerde ve her zaman sönük hisseder; zira artık hiçbir izlenim, kendisinden memnun kalmasını sağlayacak canlı düşünceler getirmez beraberinde.

Bu genel tatminsizlik hisleri, bir yerde[3] onlara vermiş olduğum isimle *eksiklik hisleri,* hastaya neredeyse her zaman kendine has bir tavır yahut davranış biçimi verir. Ya bunalıma girip kasvetli bir havaya bürünür ya da her yerde onu bu durumdan çıkaracak bir şey arar. Kendini ayağa kaldırmak, bu ıstıraplı durumdan çıkarmak için pek az yol kalmıştır elinde artık. Yürüme, zıplama, ağlama gibi fiziksel ve ruhsal uyarım yöntemlerini kullanacak yahut başka insanlara yönelecek, onu heyecanlandırmalarını, teşvik, övgü, özellikle de bağlılık ve sevgi ile yeniden canlandırmalarını isteyecektir.

Bu gereksinimlerin ne sonuçlar doğuracağını görüyorsunuz. Bu hastalar aynı anda hem kederli hem telaşlı olacak, sırf onları heyecanlandırdığı ve ilgi çekmelerini sağladığı için her türlü eksantrikliği yapacaklardır. İnsanların onlarla ilgilenmesi, konuşması, onları övmesi ve en önemlisi, sevmesi için dikkat çekmeye ihtiyaçları vardır. Bu dikkat çekme ihtiyacı, övülme ve sevilme ihtiyacı en çok söz edilen şeylerden biridir. Kanaatimce her zaman yanlış yorumlanmıştır.

Öncelikle, bu niteliği histeriye atfetmek klinik bir hatadır. Histeriklerde kimi zaman yoğun olarak görülür, fakat hiçbir şekilde bu hastalığa özgü bir stigma değildir; psikasteniklerde de mevcuttur. Şüphecilerin ve takıntı hastalarının tutkulu manileri,

---

[3] "Obsessions et psychasthénie," 1903, I, s. 264.

kıskançlık manileri ve dikkati kendi üzerlerine çekme ihtiyaçları histeriklerde sıklıkla daha kuvvetli ve özellikle de daha devamlıdır. Bu durum çoğu zaman teşhis hatalarına neden olmuştur.

Bu eksiklik hislerinin yanı sıra, tüm nörasteniklerle birlikte histeriklerde de sayısız *zihinsel fonksiyon düşüşü* sıralayabiliriz. Zihinde, temel bir *tembellik* hali ve özellikle de *düş kurma* haliyle bağlantılı olarak görünürde bir canlılık fark ederiz. Bu hastalar hiçbir şeye dikkatini vermez, hiçbir zihinsel çalışmaya katlanamazlar. Histeri, tüm nevrozlar gibi, genç kızlarda çalışmalarının sona ermesi ve bir şey öğrenmelerinin tam anlamıyla imkansızlaşmasıyla başlar. Esasen, bu *dikkat yetersizliği* bir sonuç olarak *hafıza yoksunluğunu* da beraberinde getirir. Olaylar zihinde sabit değildir. Hastalıktan önceki dönemlere ilişkin eski hatıralar gayet iyi muhafaza edilir ve hatta abartılı bir otomatizm ile yeniden üretilirken, yakın geçmişteki olaylar hiçbir iz bırakmadan geçip gider. Benim *sürekli amnezi* adı altında açıkladığım[4] bir hafıza bozukluğudur bu. Histeri hastalarında sık görülür fakat onlara özgü değildir ve yalnızca bir yaygın stigma olarak görülmelidir.

Aynı değişimler zayıflayan duygularda da görülür. Pek *duygusal* görünen hastalar esasında hiçbir şeyi canlı biçimde hissetmezler. Tüm yeni duygulara *kayıtsızdırlar* ve hep aynı birkaç eski duyguyu abartılı bir otomatizm ile yeniden üretmekle kendilerini sınırlarlar. Epey şiddetli görünen duyguları makul değildir; bir başka deyişle, o duyguları meydana getiren olayla ilişkili değillerdir. Mesele bir şaşkınlık, mutluluk yahut talihsiz bir olay da olsa daima aynı haykırışları, aynı naraları duyarsınız.

Son olarak, *istenç sorunları* da pek iyi bilinmektedir. Hastalar, isteyemez ya da daha ziyade hiçbir şey yapamaz hale gelirler. Hiçbir şeye karar veremez olurlar, en ufak şey için dahi sınırsızca tereddüt ederler. Hatta, uyumaya bile karar veremez hale geldikleri kanısındayım ve çoğu vakada nöropatlardaki ciddi *insomnia*, esasında bir *abuliya* fenomenidir, zira uyanık kalma yahut uyuma arasında bile karar veremezler. Elbette yeni eylemler özellikle zor olacaktır ve hiçbir şey yapmadıkları bir evreye girene kadar hastalar kendilerini durduramadan uzun bir müddet boyunca eski eylemlerini sürdürürler.

Bir eyleme yahut dikkat etme gayretine *başlayamama* ve bir kez başlayınca onu *durduramama* en ciddi sıkıntıları ortaya çıka-

---

[4] "Névroses et Idées fixes," I, s. 109.

nır. Rahatsızlıkların çoğu başlangıcında kolaylıkla durdurulabilir. Hayal kurmak istediğimiz için hayal kurarız; düş çok hoş bir şeydir. Zayıflamak, ince bir bele sahip olmak ve anneciğimiz gibi görünmemek için az yemeye başlarız. Bir sıkıntı hissetmeye başlarız, sinir krizleri geçiririz fakat bunu kışkırtıldığımız için yaparız. Tüm bunlar, hastaların da itiraf edecekleri gibi, başlangıçta kolaylıkla durdurulabilir olurlar; fakat eylem gittikçe artan bir otomatiklikle sürüp gider ve hasta artık kendini durduramaz. Bir hezeyana, anoreksiyaya, atağa dönüşür. Bir hastanın şöyle dediğini okuruz: "Bir şeye başladığım zaman, ona devam etmek zorunda kalırım, duramam. Pencereleri kıracak, kendimi öldürecek duruma gelirim. Uçurumdan yuvarlanır gibi bir fikre kapılırım ve yamacı tekrar tırmanmak çok güç olur."

Bu abuliya fenomenlerini şüphesiz tüm nöropatlarda göreceksiniz. Fakat bu durumun histeriklerdeki mevcudiyetini göz ardı etmemiz için bir sebep değildir bu. Histeriklerde bu fenomenler tam anlamıyla histerik stigmalara eklemlenen yaygın stigmaları oluşturur ve ayrıca sıklıkla histerik stigmaların etkisi altında özel bir boyut kazanırlar. Kısacası, nöropatların bu genel rahatsızlıklarını kolayca özetleyebiliriz. Zihnin yüksek fonksiyonlarının ortadan kaybolmasıyla, aşağı fonksiyonların muhafazası ve çoğu zaman abartılmasıyla nitelenen bir zihinsel depresyondur bu; *zihinsel seviyenin alçalmasıdır*. Dolayısıyla, histeriklerde görülen stigmaları bir depresyon ve zihinsel seviyede bilinç alanının gerilemesi gibi özel bir biçim alan düşüş şeklinde sıralayabiliriz.

XV
Genel Tanımlar

Histerinin karakteristik semptomlarının gözden geçirilmesi – Amnezi ile birlikte görülen somnambulizmde ve felçler ile anesteziler ile birlikte görülen ajitasyonlarda pozitif ve negatif fenomenler – Bilinç alanının daralması ve zihinsel seviyenin alçalmasının genel fikri – Histerinin tanımları – Bunların uygunluğu – Psikolojik tanımlar – Bu tanımlarda kesinliğin gereği – Telkinle ortaya çıkan bir hastalık olarak histerinin tanımları – Bu tanımların tartışılması – Rahatsızlığın tıbbi biçimine ilişkin olmayan saplantılı fikirler – Hastanın bilmediği fizyolojik ve psikolojik yasalar – Telkinin koşulları – Kişisel bilinç alanının daralması, çözülme eğilimi ve kişiliği oluşturan fonksiyonlar ve düşünce sistemlerinin serbest kalışıyla karakterize edilen bir tür zihinsel depresyon olarak histeri – Lokalizasyon yasaları – Fonksiyonun güçlüğü, psikolojik otomatizm, fonksiyonun ön zayıflaması ve duygunun lokalizasyonunun oynadığı rol

Histerinin önemli semptomlarını konu alan bu derslerde, yalnızca birkaç hekimin iyi bildiği fakat herkesin sözünü ettiği özel bir hastalığa dair makul bir fikir oluşturabilmeniz için tüm histeri semptomları olmasa da esas olanlara dair hızlı bir tasvir sunmaya çalıştım. Sizlere yalnızca tipik vakaları ve biçimleri sundum; çoğu hastalığın pratikte sergilediği karmaşık yönleri ve daha aşağı türleri bunların etrafında gruplamanız sizler için kolay olacaktır. Şimdi, bu tanımları özetleyip onlardan hastalığın tümüne dair genel bir anlayış türetmeye çalışmalıyız.

I

Öncelikle, histeri hastalığı hakkında genel bir fikir oluşturmak için gözünüzün önünde tutmanız gereken temel tasvirleri birkaç kelime ile hatırlatmama izin veriniz. Birlikte somnambulizmi inceledik. "Histerik somnambulizm" demiyorum, zira artık bizler için histerinin dışında bir somnambulizm mevcut değildir. Basit ve tipik biçimi olan monoideik somnambulizmi, ardından füjler, poliideik somnambulizmler ve yapay somnambulizmler

gibi daha eksiksiz biçimlerini inceledik. Bunlarda daima bir fikrin, bir duygunun, bir psikolojik durumun, kısacası bir düşünceler sisteminin hafıza ve normal bilincin dışında abartılı bir şekilde geliştiğini gördüğümüzü hatırlarsınız. Psikolojik sistemin bu çözülmesi yalnızca gelişmeyle değil aynı zamanda amnezi ile de kendini gösterir; yalnızca somnambulik periyodu değil, bazı şaşırtıcı vakalarda, fikrin ve duygunun tümünü etkiler.

Daha sonra uzuvların hareketlerini etkileyen çeşitli rahatsızlıkları incelediğimiz sırada, küçük hareket sistemlerinin ve kimi zaman gerçek fonksiyonları oluşturan zengin ve eski büyük sistemlerin kontrolsüzce abartılı bir seviyeye dek geliştiklerini, tikler ve muhtelif koreler meydana getirdiklerini gördük. Bu kontrolsüzlük, somnambulizmlerdeki amnezilerle burada aynı rolü oynayan felçler ve anestezilerle yakından bağlantılı negatif fenomenler ile dışa vurur. Duyusal fonksiyonlara geldiğimizde ise, genel duyarlılıklar gibi özel duyuları da etkileyen çeşitli anestezileri meydana getiren bazı kontrol kayıpları eşliğinde aynı ajitasyonları tikler, ağrılar ve halüsinasyonlar biçiminde gördük.

Bu anesteziler münasebetiyle, amnezilerin, felçlerin, kısacası fonksiyon kayıplarının gerçek doğasını önceki fenomenlerde saptadığımızdan daha net biçimde saptadık. Fonksiyon, katiyen yok olmuş değildir. Mevcut olmayı ve çoğu zaman abartılı bir seviyeye dek gelişmeyi sürdürür. Yalnızca tek bir özel açıdan bastırılmış haldedir; artık hastanın iradesine yahut bilincine riayet etmez. Şaşırtıcı da olsa, aynı şeyleri yalnızca konuşma gibi karmaşık bir fonksiyonda değil, iç organ fonksiyonlarında dahi gördük. Yemeyi reddetme, kusma, histerik dispne gibi bulgular mide yahut akciğer hastalıkları değillerdir. Bu organlara ilişkin beyinsel ya da psikolojik fonksiyonların serbest kalışından ileri gelirler. Fonksiyondan bağımsız bir abartı mevcuttur; burada yeniden bu organik eksikliklerin ve onlara ilişkin eylemlerin bilinçten kaybolması söz konusudur.

Nihayetinde, son konferanslarımızda, bu hastaların bizzat kendi karakterlerinde ve zihinlerinin durumlarında hastalığı tanımamıza ve anlamamıza olanak sağlayan temel stigmaları aradık. Bir yandan, bilinç alanının gerilemesi düşüncesinde özetlediğimiz telkin, şuur kaybına varan dalgınlık, dönüşümlülük gibi histeriye özgü stigmaları; diğer yandan, depresyonla ve *zihinsel seviyenin alçalmasıyla* bağlantılı dikkatsizlik, hissetme ve isteme yoksunluğu gibi genel stigmaları ispatlamayı başardık.

Pratikte bize yeterli olması gereken klinik tablo budur. Bu ana unsurları hatırlarsak, pratikte karşımıza çıkacak daha müphem ve karmaşık vakaları onlarla karşılaştırarak, histeri hastalığını epey iyi bir şekilde değerlendirmeyi ve günümüzde hâlâ çok yaygın olan önyargılardan ve hatalardan kaçınmayı başarırız.

Fakat ne yazık ki insan zihni bu kadar kolay tatmin olmaz; tehlikelere ve tartışmalara düşkündür; bu nedenle histeri hastalığına ilişkin, eleştiriye ve hataya çok daha açık olan genel anlayışları, yorumlamaları, tanımları formülleştirme gereksinimi duyarız. Bana öyle geliyor ki histeri üzerine tanımlamalar yapmak bir bakıma tıbbi bir moda olmuştur. Brachet'nin 1847 tarihli kitabında halihazırda yaklaşık elli formül gözden geçirilmiştir. Lasègue, histerinin hiçbir zaman tanımlanamayacağını ve böyle bir şeye kalkışılmaması gerektiğini söylemiş olsa da bu beyandan bu yana neredeyse herkes bu hastalığı tanımlamaya çalışmıştır. Histeriye ilişkin ufak kitabımda ben de yaklaşık on tane tanımlamayı tartışmış ve yeni bir tane sunma budalalığına düşmüştüm. Elbette hekimler histeriyi tanımlamayı sürdürmüştür ve o zamandan bu yana belki on tanım daha önerilmiştir. Bu tanımlar üzerine birkaç kelam ederek modaya uymalıyız. Gelin, terimlere büyük önem atfetmeden bu tanımlardan bize pratik için yeterli olacak genel bir fikir türetmeye çalışalım.

II

Histeri tanımlarına gülmekle ve size bunların bu meselelerde hakikat kanıtı sayılmayan bolluğundan söz etmekle hata ediyorum. Bu tanımlar evrimleşmiştir; görünür gelişmeler kaydetmişlerdir ve günümüzde sayısız görünseler de birbirlerine karışacak kadar benzer hale gelmişlerdir. Tıptan söz ettiğimizi ve bunun yüksek matematik kadar sakin ve durgun olmayan özel bir alan olduğunu unutmayınız. Bir hekimin meziyetlerinden bu kadarını beklememeli yahut ismini zikretmese de öncülünün tanımını tekrar etmekle yetinmesini ummamalısınız. Onun payına düşen ne olurdu o halde? Bir yenilik getirmiş gibi görünmesi için bu tanımlarda, yalnızca bir kelime dahi olsa bir şey değiştirmesi gerekir; zira tıpta yenilik elzemdir. Günümüzde histeri tanımlarının dörtte üçünün neredeyse tıpatıp aynı olduğunu söylersem abartmış olmayacağım.

Dolayısıyla, fizyolojik olma şerefine kendini layık gören ta-

nımlarla, psikolojik olma tevazuunu gösteren tanımlar arasında bir karşıtlık bulunmadığını söyleyerek belki de sizleri şaşırtacağım. Kuşkusuz, şayet bu yazarlar nevrozun karakteristiği olan bir lezyonu hakikaten görmüş olsalardı ve hastalığın gelişimini bu lezyonla ilişkilendirselerdi arada büyük bir fark olurdu. Hiç korkmayınız, günümüzde fizyolojik denen bir tanım yapmanın bedeli daha hafiftir. En yaygın psikolojik tanımları alıp terimleri anatomi dilinden ya da günümüz fizyoloji hipotezlerinden sallapati ödünç alınmış kelimelerle değiştirmek yeterlidir. "Dil fonksiyonu kişilikten ayrılır" demek yerine, gururla "Konuşmanın merkezi artık yüksek çağrışım merkezleri ile iletişim halinde değildir" dersiniz. "Zihinsel sentez azalmış görünmektedir" demek yerine, "Yüksek çağrışım merkezi etkisiz hale gelmiştir" dersiniz, olur biter. Bu konuya ilişkin, Jose Ingenieros'un 1906'da Buenos Aires'te yayınlanan son kitabını okumanızı öneririm. İspanyolca konusundaki eksik bilgimden dolayı pek iyi anlamadığım ilk bölümde Ingenieros modern hekimlerin yaptığı birçok tanımın eşdeğer olduğunu göstermektedir ve ben de aynı kanıdayım. Tüm yazarların fikir birliğinde olduğu bir grup husus vardır ve bunlar şimdi ispatlayacağımız hususlardır.

Charcot, histerinin tamamen psişik bir hastalık olduğunu söylerdi. Bu görüş, kendi döneminde tartışılmıştı. Rahim ve üreme organlarına dair o eski teorilerden bazı kalıntılar hâlâ mevcuttu; histeriyi hâlâ çeşitli sinirsel lezyonlara bağlamaya teşebbüs ediliyordu. İngiltere'den Dr. Bastian'ın ilginç kitabı aynı zamanda epey cesur bir kitaptır[1]. Muhtelif histerik rahatsızlıkları omuriliğin, soğan iliğin farklı köşelerinde yahut ansefalin aşağı merkezlerinde lokalize etmeye niyet etmiştir Bastian. Bu eski anlayışlarda gerçek payı bulunmadığını, histerinin yarın bir gün bir vasküler bezin salgısından ya da şimdilerde yanlış tanımlanan bir sinir sistemindeki bir lezyondan kaynaklandığının ortaya çıkmayacağını iddia etmeye cüret edemem; lakin şurası muhakkak ki yirmi yıldır herkes meseleye bu bakışı terk etmiş ve psikolojik anlayış hakimiyet kazanmıştır. İleri sürülen fizyolojik tanımların, psikolojik düşüncelerin yalnızca tercümesi olarak gördüğümü yineliyorum. Bu hususta hemen hemen herkes görüş birliğindedir.

Fakat şimdi güçlükler başlıyor. Ne tür bir psikolojik rahatsızlık meselesidir bu? Psikoloji kisvesi altında histeriyi bir grup

---

[1] Charlton Bastian, "Various Forms of Hysterical or Functional Paralysis," 1893.

müphem zihin hastalıkları ve eski nevrozlara bağlamamalıyız. Bu hususta Bern'den seçkin bir hekim olan Dr. Dubois'nın başka açılardan ilgi çekici olan kitabının kesinlikle tehlikeli olduğu kanaatindeyim. Psikolojik yorumlama, bizden öncekilerin çalışmalarında iyi olanı, kusursuz olanı örtbas etmemelidir. Geçtiğimiz yüzyıl, muazzam bir çalışma olan klinik çalışmayı meydana getirdi. Tüm o büyük hekimler sonsuz bir sabır ve nüfuzla hakiki bir kaosa düzen getirdiler; hastalıkları gruplandırdılar, bu grupları tanımamıza olanak sağladılar. Gelişmeler bu yapıyı güçlendirmekle alakalı olmalıdır, yıkıp geçmekle değil. Psikolojik yorumlama bahanesiyle, bir somnambulizmin herhangi bir hezeyanla aynı olduğunu, histerik kusmanın şüphe manileri, melankoliler ve hatta belki de zeka geriliği olanların tikleri ile karıştırılabilecek basit bozukluklar olduğunu söylemek iki yüz yıl geri gitmek anlamına gelir ve psikolojik yorumlamayı örtbas edip klinik tanımlamalara razı olmak dahi bundan çok daha iyi olacaktır. Netice itibarıyla histeriyi psikolojik bir hastalık haline getirirken niyetimiz hiçbir zaman Grasset'nin inanır göründüğü gibi onu bir başka yahut zihinsel bir hastalıkla karıştırmak değildir. Günümüzde histerinin en karakteristik rahatsızlık olduğunu ve onu ayırt etmenin büyük önem taşıdığını dahi söylemekteyiz.

Tüm çağdaş çalışmalar arasında en büyük açıklığa sahip görünen ilk psikolojik kavrayış bazı histerik rahatsızlıklardaki *fikirlerin önemine* ilişkin kavrayıştır. Felçleri inceleyen Charcot, hastalığın gerçek bir hadiseden değil, bu hadise fikrinden ileri geldiğini göstermiştir. Bir araba tekerinin sahiden hastanın üzerinden geçmesi gerekmez; hastanın, tekerin bacaklarının üzerinden geçtiği fikrine kapılması yeterlidir. Genellemesi kolay bir tespit bu. Bu tür saplantılı fikirler somnambulizmlerde ve füjlerde mevcuttur; kişinin annesinin ölmesi fikri, tropikal ülkeleri ziyaret etme fikri vb. Sistematik kontraktürlerde de böyle fikirler vardır; örneğin, hasta ayaklarını gererek uzatır çünkü kendini haç üzerinde sanmaktadır. Bu tür fikirler iç organ rahatsızlıklarında da karşımıza çıkar; okuldayken yemiş olduğu turplara ilişkin saplantılı fikri yüzünden açlıktan ölen bir hastadan söz etmiştim. Bu tespitler her yönüyle gayet isabetli yapılmıştır. Üstelik, normal insanlara göre histeriklerde fikirlerin daha büyük bir öneme ve özellikle de daha büyük bir bedensel tesire sahip olduğu saptanmıştır. Organizmaya daha derinden nüfuz eder; motor ve viseral değişiklikler meydana getirir gibi görünürler. Histerik kusma

üzerine yakın tarihli bir makalelerinde bu husus Mathieu ve Roux tarafından da vurgulanmıştır. Şöyle demişlerdir: "Histerikleri niteleyen şey şu veya bu fikri kabul etmekten ziyade bu fikrin midelerindeki veya bağırsaklarındaki tesiridir."

Aynı zamanda telkin üzerine yapılan çok sayıda çalışma, histerik rahatsızlıklara benzer birçok fenomeni, fikirlerin tesiri vasıtasıyla deney yaparak hekimlerin ortaya çıkarmalarına olanak sağlamıştır. Dolayısıyla histeriye dair en yaygın anlayışların bu karakter üzerinde yoğunlaştığı söylenebilir. Charcot'nun ardından 1888 yılında Moebius, "Temsillerin neden olduğu bedenin tüm marazi değişimlerini histerik olarak kabul edebiliriz" demiştir. Bernheim, Oppenheim, 1892'de Strumpell ve daha yakın zamanlarda Babinski de, elbette kelimelerde ufak değişikliklerle, benzer tanımları yinelemişlerdir. "Bir fenomen," der Babinski, "telkin yoluyla meydana geldiğinde ve ikna ile tedavi edildiğinde histeriktir." Cümlenin son kısmını görmezden gelelim. Tedavi ve iyileşme hassas şeylerdir; ikna yoluyla tedavilere dair pek çok şey söylenebilir. Yalnızca ilk kısmı alalım: *Histeri, telkin ile tanımlanır*. Saplantılı fikirler vasıtasıyla ve temsil vasıtasıyla histeri tamamen Charcot ve Moebius'un anlayışlarıdır. Herkesin tanımlamaktan çekindiği bu "telkin" kelimesi yalnızca önceki yazarların ona atfettiği anlam ile kullanılır, yani beden üzerinde anormal bir biçimde etki eden bir fikir anlamıyla. Burada, çok sayıda çağdaş anlayış arasında bir bütünlükten rahatlıkla söz edebiliriz.

III

Yukarıdaki tanımlara pek fazla karşı çıktığım söylenemez. Şayet "telkin" kelimesine daha fazla netlik kazandırılmış olsaydı, bu tanımlar üzerinde herkes fikir birliğine varırdı. Üstelik, bu tanımlar, nevrozun tüm rahatsızlıklarını, stigmalar arasında ilk sıraya koyduğumuz telkine açıklık semptomuna dayandırır. Dolayısıyla oldukça bilimsel ve kullanışlıdırlar. Histeri üzerine yapılmış tüm psikolojik çalışmaların ilk sonuçlarından biridir bu. Ne var ki, bunları 1894'te ele almıştım ve hâlâ yetersiz oldukları kanısındayım. Argümanlarıma pek az karşı çıkılmış olduğundan dolayı şimdi onları daha net bir biçimde ifade etmeye çalışacağım.

İlk olarak, bu histeri anlayışının pratikten çok teorik olduğu görüşündeyim. Klinik gözlemden ziyade, sistematik bir yorumlamayı özetlemektedir bu anlayış. Rahatsızlıkların fikirlerden

kaynaklanır gibi göründüğünü tekrar tekrar öne süren bizleriz. Fakat bu fikirleri her zaman gözlemlediğimiz o kadar da kesin değil. Birkaç vakada, -ve bu vakalar daima en çok tekrarlanan vakalardır- hastanın felç olduğu fikrine kapıldığı doğrudur. "Bacağımın ezildiğini düşündüm" der hasta; "bacağımın artık mevcut olmadığını düşündüm." Uzuvdaki anestezi ile birlikte meydana gelen felç, bu fikrin tam olarak tercümesi gibidir. Fakat bunu kayıtsızca tüm histerik rahatsızlıklara uyarlamak ve Bernheim gibi "Histeri hastası hastalığını kafasında kurarken, onu gerçekleştirir" demek müthiş bir abartıdır.

Hastaya yönelik aşağılayıcı bir suçlamaya geri dönmektir bu. Zamanında, hekim hastaya şöyle derdi: "Felçlisin, uyku krizleri yaşıyorsun çünkü bu rahatsızlıklara sahip olmayı sen istiyorsun." Hastanın bunları istemediği artık anlaşılmıştır fakat hâlâ hastalığı düşündüğü iddia edilmektedir. "Şu veya bu rahatsızlıkla beraber şu veya bu krizi geçiriyorsun çünkü bunları düşünüyorsun." Bunun doğru olmadığını iddia ediyorum; sahip olduğu rahatsızlıkları düşünmeyen birçok histeri hastası mevcuttur. Her şeyden önce, bazı hastalarda rahatsızlıklar sinsice, hastanın bilgisi dışında gelişir. Bunu hiç akıllarına bile getirmeksizin anestezi, felç, anoreksiya, amoroz geçirirler. Klinik pratik size bunu her gün gösterir. Lasègue'in aktarmış olduğu, hekimin hastaya kendisinin farkında olmadığı bir anestezi yahut bir körlüğü açıkladığı gözlemlere ne diyeceğiz o halde? Kimi vakalarda, rahatsızlığın bütün ayrıntılarıyla, hastanın bilmediği bir evrimle geliştiği tartışılmaz bir gerçektir. Bernheim bu hususta ne demiş olursa olsun, tüm histeriklerin anestezi ile beraber ya da tek başına istekleri doğrultusunda felç geçirdiklerini kabul etmiyorum. Bu hastaların somnambulizmleri sırasında neler olup bittiğini bildiklerini, hastalıklarını önceden tasarladıklarını kabul etmiyorum.

Şayet bu hastaların saplantılı fikirleri mevcutsa – ki bunun sık sık görüldüğünü takdir ediyorum – bu saplantılı fikirlerin rahatsızlıklarının tıbbi biçimleriyle hiçbir ilgisi olmadığını iyice belirtmek gerekmektedir. Bir hastanın annesinin ölümüne dair saplantılı bir fikri vardır; bu fikir hiçbir şekilde somnambulizmi ve onun yasalarını içine almaz. Bir başkasının onu soyan karısının firar etmesine dair saplantılı bir fikri vardır; bu dilsizliğin fikri değildir. Sanıldığından çok daha sıkça, rahatsızlık, hasta onu düşünsün ya da düşünmesin, hastanın düşüncelerinden bağımsız gelişir.

İkinci olarak, hâlâ zayıf olsa da önemi gittikçe artan bir savı takdim etmek istiyorum. Bu sav, histerik rahatsızlıkların fizyolojik ve psikolojik yasalarıyla alakalıdır; bu konuda, hastalar gibi biz de bir şey bilmeyiz. Istırap çekerek tanımladığımız bu yasalara göre gelişen bir grup rahatsızlık gördüğümüzde, bunların ototelkinden kaynaklandığını söyleyemeyiz.

Kanaatimce çok büyük bir öneme sahip olan somnambulizm yasalarını sizlere bir kez daha hatırlatmak istiyorum. Somnambulizmi, yalnızca anormal dönemde değil, aynı zamanda onu oluşturan düşüncenin kendisinde ve ona bağlı tüm duygularda etkisini gösteren bir amnezi izler. Hasta aynı somnambulizme geri döndüğünde bu amnezi ortadan kaybolur ve görünürde yitirilmiş olan tüm hatıralar geri gelir. Bir örnek olarak ele aldığım Irène'in vakasında, uyanık haldeyken yalnızca krizi değil aynı zamanda annesinin ölümünü, onun öncesindeki üç ayı ve annesine duyduğu sevgiye ilişkin her şeyi kapsayan bir amnezi mevcuttur; nöbetler sırasında ise tüm bu hatıralar eksiksizdir. Bu yasaların -ki kanımca sayıları çok fazla- uygulanışını bizlere gösteren hastalar, bunları biliyorlar mıdır? Somnambulizmleri ile alakalı böyle bir unutuşun düşüncesine sahipler midir? Bu öyle olanaksızdır ki! Daha ziyade, olsa olsa tam tersi bir fikre, psikastenikler gibi hatıralarını takıntı haline getirme fikrine sahiplerdir.

Histerik felçler üzerinde ne kadar çalışılırsa, benzer türden o kadar yasa keşfedilecektir. Rahatsızlıkların fonksiyonları etkilediğini söylemiştim. Bu fonksiyonların genellikle bilgisiz insanların kendi kendilerine farkında oldukları, beslenme fonksiyonu, yürüme fonksiyonu yahut el hareketleri fonksiyonu gibi fonksiyonlarla aynı göründüğü doğrudur. O halde, diyebilirsiniz ki, popüler düşünce felcin kendi sınırları ile örtüştüğüne göre, felç pekâlâ bir fikirden ileri geliyor olabilir. Bu genel anlamda doğrudur, çünkü popüler fikirler geçerlidir. Fonksiyonların genel sınırları, organların genel sınırlarıyla örtüşür ve popüler analiz doğudur, hepsi bu. Fakat popüler analizin yanlış çıktığı ve histerik felcin, fonksiyonları sağ duyudan daha iyi analiz ettiği bazı vakalar vardır. Konuşma bozukluklarına neden sağ yanlı hemiplejiler eşlik eder? Peki ya hemianopi vakaları nedir? Nasıl olur da monoküler görme ve binoküler görmeye ait iki farklı felç vardır? Neden akomodasyon bozuklukları meydana gelir? Kontraktürlere gelecek olursak, hastanın yorgunluk ve ısı yükselmesi olmak-

sızın tutulma fikrine sahip olduğuna gerçekten inanıyor musunuz? Yahut reaksiyonlardaki değişimin, kas titreşimindeki yavaşlığın fikrine? Şahsen, histerik kontraktürlerin kendine has yasaları olduğu ve size söylemiş olduğum gibi, çizgili kaslardaki kasılmada bir bozulma meydana getirdiği görüşündeyim. Tüm bunlar hastanın düşüncesi dışında gerçekleşir. Daha önce de söylediğim gibi, hekimlerin bu çeşitli rahatsızlıklarda keşfedilecek olan psikolojik ve fizyolojik yasaların tümünü hastanın kaprisine atfetmeleri ileride hayret verici bir mesele olacaktır.

Son olarak, üçüncü bir sav üzerinde durmak istiyorum. Bu tanımlar yalnızca "saplantılı fikir" ve "telkin" ifadelerinin belirli bir anlamda kullanılması koşulu ile anlamlıdırlar. Bu belirli anlam ise şudur: Histeriklerde fikirler herkeste olduğu gibi işlemez. Kendi kendime uyuduğumu tasavvur etmek hiçbir işime yaramaz; sırf bu nedenle uyumam. Bütün bu yazarlar, bu fikirlerin zihin ve organizma üzerinde özel bir şekilde hareket ettiğini zımnen ima ederler. Bu özel hareketin çok esas bir nokta olduğunu söyleyerek yanıt veriyorum: Histeriyi oluşturan şey bu harekettir ve esas olanı üstü kapalı bir şekilde ima ettiğiniz bir tanım yapmaya hakkınız yoktur. Önce telkin dediğiniz şeyi tanımlamakla başlayın, ardından, dilerseniz ve şayet bu doğruysa, histerinin telkinden kaynaklanan bir hastalık olduğunu söyleyebilirsiniz. Ancak, telkini tanımlamak için tam olarak benim talep etmiş olduğum yeni kavramları tanımınıza dahil etmeniz gerekecek.

IV

Bu fikirlerin bazı özel koşullarda ortaya çıktıklarını, zihinde hiçbir karşıt denge ile karşılaşmadıkları ve hastadaki tuhaf dalgınlık sebebiyle yalıtılmış vaziyette oldukları için ölçüsüz biçimde geliştiklerini göreceksiniz; başka bir deyişle diğer stigmaları, dalgınlığı ve bilinç alanındaki çekilmeyi fark edeceksiniz. Bir kez bu bilinç alanı geri çekilmesini telkinin kendisi için gereken koşullarından biri olarak kabul ettiğiniz zaman neden bunun yalnızca telkinlere sebep olduğunu iddia edesiniz? Bu zihin hastalığının başka şeyler ile de dışa vurulduğunu kabul etmeniz gerekmez mi? Eğer bu geri çekilme bazı fikirleri ziyadesiyle kuvvetlendirmiş ise diğer yandan bazı boşluklar da yaratmaz mı? Bir fonksiyonu yalıtarak serbest bırakamaz ve bir başkasını bilinçten saklayamaz mı?

Benim tanımlamalarımı da içinde sıralamış olduğum bir başka tanımlar grubuna geliyoruz şimdi. Bunlar, kanaatimce daha derin tanımlamalardır ve tüm histerik rahatsızlıklarda gözlemlendiği haliyle *bilinç çözülmesi* fenomenini de içlerinde barındırırlar. Telkin dahi bu bilinç çözülmesinin bir örneğinden başka bir şey değildir. Somnambulizmlerde, otomatik sözlerde, duygusal ataklarda ve tüm fonksiyonel felçlerde görülenin yanı sıra birçok başka örneği görülür. Gurney, Myers, Laurent, Breuer ve Freud, Benedict, Oppenheim, Jolly, Pick, Morton Prince gibi birçok yazar, tıpkı benim gibi somnambulizme yatkınlığa bir yer verilmesi gerektiğini düşünmüştür. 1889 yılında histerik rahatsızlıkların tipik vakası bizler için somnambulizm atağı değil miydi zaten? Viyanalı Breuer ve Freud, 1893 yılında "Çözülmeye yatkınlık ve aynı zamanda hipnoid durumlar adı altında toplamayı önerdiğimiz bilinç hallerinin oluşumu, bu nevrozun esas fenomenini oluşturur" demişlerdir.

Bu tanımda bana en hassas görünen nokta bu çözülmenin ne kadar derine ulaştığına işaret edilmiş olmasıdır. Esasında, demansın bile düşünce ve motor fonksiyonun çözülmesinden ibaret olduğunu söyleyebiliriz. Histeride fonksiyonların tamamen çözülmediğini, sistematikleşme içinde serbest kalmış bir şekilde mevcut olmaya devam ettiklerini unutmamalıyız. Çözülen şey kişiliktir; aynı kişilik etrafında farklı fonksiyonların gruplanma sistemidir. Histeri bir zihinsel hastalıksa şayet, diğer zihinsel hastalıklar gibi sosyal duyarlıkları zayıflatan yahut düşüncelerin oluşumunu tahrip eden bir zihinsel hastalık olmadığını iddia etmeyi sürdürmekteyim. *Kişisel sentez* hastalığıdır bu ve halihazırda sunmuş olduğum formülü, pek az bir değişiklikle yeniden ele almam gerekirse: *Histeri, kişisel bilinç alanının geri çekilmesi ve kişiliği oluşturan fonksiyonların ve düşünce sistemlerinin çözülüp serbest kalması eğilimi ile karakterize edilen bir tür zihinsel depresyondur.*

V

Gelin bu fazla genel tartışmaları bir kenara bırakıp daha klinik bir anlayışa dönelim. Bana göre en mühim sorun histerinin genel olarak ne olduğundan ziyade şu veya bu kişide görülen rahatsızlıkların pratik gelişimini izah edebilmektir. O halde karşı karşıya olduğumuz güçlük, *lokalizasyon* güçlüğüdür. Histeri, nasıl olur da bir kişide kolu, diğerinde mideyi, bir diğerinde ise

yalnızca bir düşünceler sistemini -bir somnambulizme dönüştürerek- etkiler? Kanaatimce, genel tanım tartışmalarından ziyade her bir hastaya uygun bir yorumlamanın peşine düşülmelidir.

Histerinin başlangıç noktası birçok büyük nevrozunkiyle aynıdır; *bir depresyon, ansefalin yüksek fonksiyonlarında bir tükenme.* Yinelediğim gibi, tüm psikolojik işleyişler aynı güçlüğü göstermez. Bazı işleyişler birçok sebepten ötürü kolaydır: Birincisi, basittirler ve yalnızca az sayıda unsurun birleşmesini gerektirirler; ikincisi, eskidirler, sistematikleştirilmeleri atalarımızın eseridir ve kuvvetlice tesis edilmiş organlara işlenmişlerdir. Bazı başka güçlük teşkil eden fonksiyonlar da mevcuttur. Güçlük teşkil ederler çünkü bir yandan oldukça karmaşıktırlar, sayısız unsurun sistematikleştirilmesini zaruri kılarlar ve diğer yandan çok yenidirler ve organizmaya daha önce işlenmemiş olan güncel sentezler gerektirirler. Hakkında hiçbir şey bilmediğimiz sinirsel kuvvetimiz dalgalanmalar gösterir. Yükseldiği zaman ikinci gruba ait işleyişleri kolaylıkla gerçekleştiririz, bilincimiz genişlemiştir; hiçbir yeni çalışmadan yahut eylemden geri durmayız.

Ancak, özellikle genetik olarak yatkın olanlarda bu sinirsel gerilimin azaldığı birçok durum mevcuttur. Örneğin ergenlik gibi yaşamsal güçlerin başka şeylerle meşgul olduğu ve beyne pek kaynak bırakmadığı fizyolojik dönemler vardır. Binlerce mekanizma ile, lokal lezyonlar ile, zehirlenme ile, mikrobik enfeksiyon ile sinirsel gerilimimizi azaltan hastalıklar mevcuttur. Normal işleyişlerde dahi fiziksel ya da zihinsel yorgunluk geçici olarak aynı sonucu yaratmak için yeterli olur. Son olarak -anlaması zor fakat tartışılmaz bir gerçek– duygular da sinirsel gerilimin azalması ile karakterizedir. Büyük olasılıkla duyguda, birdenbire ortaya çıkan yeni bir sorunun gerektirdiği ciddi bir sinirsel kuvvetin bedeli söz konusudur ve bu bağlamda duygusal rahatsızlık yorgunluğa benzer. Öyle ya da böyle hastalarımız saydığımız nedenlerden bir tanesinden ötürü tükenmiş hale gelirler. Eğer genetik olarak yatkınlar ise, ergenlik nedeniyle zayıf düşerler yahut alkol kullanımına, yorgunluğa ya da duygulara yenilirler. Sinirsel gerilimdeki bu azalış ve düşüş tüm fonksiyonlarda, özellikle de en yüksek olanlarda genel bir düşüşe neden olabilir. Özel bir noktadaki lokalizasyonun epey hafif bir derecede mevcut olduğu psikastenik nevrozlarda olan şeydir bu.

Histeriklerde, belirli yatkınlıkların sonucu olarak sinirsel gücün azalması bir şekilde yüzeysel bir geri çekilme yaratır; yani,

bir bakıma, bir ototomi. Artık fazla karmaşık işlemler yapabilecek durumda olmayan bilinç, bazılarından vazgeçer. Evet, yaygın stigmalar ile açığa çıkan genel bir zayıf düşme mutlaka vardır fakat her şeyden önemlisi, zihinsel yetersizliğin şu veya bu spesifik fonksiyon üzerinde lokalizasyonu söz konusudur. Dolayısıyla, histeride, bu hastalık için çok büyük öneme sahip olan lokalizasyon sorunu yeniden karşımıza çıkmaktadır.

Kuşkusuz bazı vakalarda lokalizasyon telkin yoluyla etkilenir. Dışarıdan telkin edilen bir fikir, düşünceyi bir yöne doğru çeker; ayrıca hastanın bilmediği yasalara riayet ederek şu veya bu otomatik fonksiyonu ve şu veya bu fonksiyonun yitirilmesini de beraberinde getirebilir.

Bu yalnızca hususi bir vakadır. Lokalizasyon, telkine yakın fakat tamamen aynı olmayan bir yöntemle de psikolojik otomatizm yasalarına göre gerçekleşebilir. Belirli koşullarda bir rahatsızlık geçirmiş ve tedavi edilmiş hastalarda, tecrübe ettikleri bir duygu ile - bu duygunun ilk durumla hiçbir alakası olmasa da- aynı rahatsızlığın daima tekrar ortaya çıktığından sizlere sık sık söz etmiştim. Bir tren kazasında yaralanan bir adam trenin üzerine doğru geldiğini gördüğü bir hezeyan geçirir. Bu gayet basittir. On bir yıl sonra bu adam karısının ölümüne tanık olur ve tren hezeyanı yeniden başlar. Bir başkası, burnunda meydana gelen bir kanamanın sonucu olarak oluşan yara sebebiyle burun deliklerinden biri ile üfleme tiki edinmiştir. Bu tikten kurtulur fakat servetini kaybettiğinde, çocuğu hastalandığında vs., tik yeniden başlar.

Üçüncü yasa: Çözülme, şu veya bu yüzden zayıflamış ve bozulmuş bir fonksiyona etki eder. Birçok hasta bir duygu durumunun ardından dilsiz kalır; fakat bu kişiler önceden de kekelemeye meyillidirler; konuşmaları yetersizdir. Bir genç kızın sağ bacağı felç olur; bunun nedeni, çocukluğunda sağ bacağının raşitizm geçirmiş olmasıdır. Başka bir vakada, genç kızın bacağındaki felç, çocukluğunda bacağında oluşan bir beyaz tümörden ve uzun bir müddet bacağın sargılı kalmasından kaynaklanır. Bu görüş birçok ilişkili histeri vakasıyla özel olarak bağlantılıdır: İç organlarla ilgili herhangi bir hastalık, çoğunlukla omurilik veya beyindeki organik bir lezyon, herhangi bir fonksiyonu zayıflatır veya bozar ve histerik serbest kalma bu fonksiyon üzerinde lokalize olur. Dolayısıyla bazı vakalarda, histeri sinir sisteminin organik hastalıklarının başlangıçtaki bazı hafif belirtilerini, had-

dinden fazla abartmak suretiyle dikkat çekici hale getirir. Bu durum, örneğin, histerik kusma ile ilişkilendirilen tabetik kusma vakalarında sıklıkla gözlemlenmiştir.

Dördüncü yasa: En karmaşığı ve hasta için en zor olanı fonksiyonun ortadan kalkmasıdır. Bu yasa en çok mesleki ve sosyal felçler için geçerlidir.

Son olarak, *beşinci yasa*: Her zaman açıklayamasak da fark ettiğimiz epey ilginç bir olguya değinmeliyiz. Çözülme, güçlü bir duygu anında tam anlamıyla etkin olan bir fonksiyonu etkiler. Burada, bu fonksiyon üzerinde en büyük bozulmaya neden olan bazı fizyolojik yasalar söz konusudur; muhtemelen bir çağrışım ile, bir duygunun çağrılması ile bunu hasta için en zor hale getirir.

Bu yasaların incelenmesi, bu koşulların araştırılması histeri üzerinde çalışmanın en mühim kısmını oluşturmaktadır. Genel tanımlar üzerine tartışmaları bir kenara bırakınız; bunlar, yalnızca sözsel farklılıklarla alakalı zamansız tartışmalardır. Bu derslerden sizlere kalan, psikolojik fonksiyonları incelemenin önemi ve her bir vaka için hastanın zihinsel durumunu analiz etmenin gereği olsun isterim.

Eğer bu konferanslar içinizde bu tür çalışmalara ilgi uyandırdıysa, güzel ülkenizde harikulade bir biçimde temsil edilen deneysel psikolojinin yanı sıra patolojik psikoloji araştırmalarının gelişimine katkıda bulunursa, kanaatimce bu yabancının dilini anlamaya çalışmakla çok zaman kaybetmiş olmadınız.

Şahsen, nazik ilginizi ve karşılamanızı derinden hissediyor ve birkaç gün için sizlere ders verme ve Harvard Üniversitesi'nin hocalarıyla çalışma arkadaşı olma şerefine nail olmaktan onur duyuyorum.

HİSTERİNİN ANA SEMPTOMLARI

PIERRE JANET

20. yüzyıl başında Fransa'da psikoloji alanındaki en önemli şahsiyetlerden biri olan Pierre Janet, Harvard Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin yeni ve görkemli binalarının açılışı vesilesiyle, patolojik psikoloji dersleri vermek üzere Amerika'ya davet edilir. "Bilinçaltı" kavramının yaratıcısı olan ve hem filozof, hem psikolog hem de doktor kimlikleri bulunan Janet, "hastanın zihinsel durumunu incelemenin kimi zaman birçok bozukluğu izah etmede nasıl yararlı olabildiğini göstermek için ve görünürde uyuşmayan semptomlara bir bütünlük kazandırmak maksadıyla iyi bilinen bir hastalık olan histeriye dair bazı temel psikolojik araştırmaları" özetler.

"Bu hastalar üzerine çalışmak, şansımıza nispeten kolay bir çalışma olsa da aynı zamanda hem felsefi hem bilimsel hem tıbbi hem de pratik bakımlardan çok önemlidir. Günümüzde ruhsal ve felsefi problemlere dair bir fikir sahibi olmak isteyen iyi eğitimli her insanın bu müstesna zihin hastalığı ile alakalı bir şeyler bilmesi gerektiği kanaatindeyim; zira bu hastalık tüm dinlerin ve batıl inançların tarihinde kayda değer bir yer tutar ve hâlâ en cezbedici ruhsal sorunlarda mühim bir rol oynamaktadır."

"Bir histeri vakasını tanımamak ya da tedavi etmemek belki de o kadar mühim değildir; ancak daima çok mühim olan şey histerik vakayı başka bir şeyle karıştırmak ve olmadığı bir şey için tedavi etmektir. Bu şekilde yapılan tıbbi hataları ve sıklıkla işlenen tıbbi suçları hayal bile edemezsiniz. ... Kesilen kolları, kasılmalar yüzünden yarılan boyun kaslarını, yalnızca kramplar yüzünden kırılan kemikleri, hayalet tümörler yüzünden kesip açılan karınları ve özellikle sahte yumurtalık tümörleri yüzünden kısır bırakılan kadınları saymakla bitiremezsiniz."

ISBN : 978-605-7768-13-1





37 ₺ (K.D.V.'den muaftır)

pinhanyayincilik.com
/pinhanyayincilik
/pinhankitap